Lane Medical Library

Aus der Privat-Frauenklinik
des Herrn
Privatdozenten Univ.-Prof. Dr. P. Strassmann.

Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose während der Schwangerschaft.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
AN DER
FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

von

David Mordkowitsch
aus Odessa.

Tag der Promotion: 4. März 1911.

Hermann Blanke's Buchdruckerei und Verlag
Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstrasse 9.

Referent: Professor Dr. Franz.

Meinem Vater und Schwiegervater
in Liebe und Verehrung
gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ueberdiebehandlu0000davi

Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose während der Schwangerschaft.

Die Frage über die Behandlung der Tuberkulose während der Schwangerschaft ist eine uralte. Obwohl sie in den verschiedenen Sitzungen, Versammlungen, Kongressen, Gesellschaften und in der Literatur diskutiert wurde — sind die Meinungen der Autoren darüber noch jetzt verschieden und die Frage selbst ist noch heutzutage eine brennende!

Früher hat man geglaubt, dass die Schwangerschaft für tuberkulöse Frauen nicht nur völlig unschädlich sei, sondern sogar eher heilsam, und noch im Ausgang des 18. Jahrhunderts konnte ein französischer Arzt den Satz niederschreiben, dass von zwei im gleichen Stadium tuberkulösen Frauen diejenige, welche schwanger wird, sicherlich den Termin der Geburt erleben, die andere aber vor diesem Zeitpunkt zugrunde gehen dürfte.

Da früher die Anschauung allgemein gültig war, dass die Phthise in der Schwangerschaft heile, so ist es gar kein Wunder, dass man den phthisischen Frauen, um eine Heilung der Tuberkulose zu erzielen, als therapeutisches Mittel gegen die Tuberkulose — von allen Seiten das Heiraten anempfohlen hat.

Diese Ansicht, deren eifrigster Vertreter Wernich[1]) war, wurde schon in der Mitte des 19. Jahrhunderts von Lebert[2]) und Govlard[3]) widerlegt.

Zu dieser Zeit war schon eine ganz andere Meinung verbreitet und berühmte Aerzte Frankreichs,

wie Grisolle und Dubreuilh[4]) haben gesagt: „Es gibt in der Wissenschaft Meinungen und Grundsätze, deren Herkunft man nicht recht anzugeben weiss. Verteidigt durch die glänzendsten Namen, werden sie von der Gesamtheit der Aerzte hingenommen, als wären sie fest fundierte Wahrheiten und sind uns überkommen, ohne den leisesten Widerspruch. Prüft man aber, worauf sie eigentlich beruhen, so findet man ihre Rechtfertigung weder in dem Material, das unsere Jahrbücher enthalten, noch in unseren eigenen Beobachtungen: dies gilt ganz besonders von der Auffassung, es sei die Schwangerschaft imstande, die Lungenschwindsucht aufzuhalten".

Im weiteren Verlaufe haben sich dieser veränderten Anschauung noch andere Beobachter, wie Lebert, Triedleben, Virchow, Brehmer, Kirschner, Bernheim, Bumm, Auvard, van Isendyek und viele andere angeschlossen und heute ist allgemein und überall die Meinung verbreitet, dass der Geschlechtsverkehr, die Schwangerschaft, das Wochenbett und die Laktation auf den Verlauf der Tuberkulose schädigend einwirken, „nicht", — wie Hamburger[5]) sagt, „wegen besonderer spezifischen Eigenschaften dieser Zustände, sondern einfach deshalb, weil alles, was die Körperkräfte andauernd in exzessiver Weise in Anspruch nimmt, die Empfänglichkeit für Tuberkulose steigert, eine schlummernde weckt und eine schon bestehende verschlimmert".

Auch Bernheim[6]) rät, junge, schwächliche Mädchen, bei denen die Befürchtung einer tuberkulösen Invasion besteht, zu veranlassen, die Heirat aufzuschieben, da bei solchen Individuen Schwangerschaft oft zu einer rapiden Entwicklung der Tuberkulose führt.

Dieselbe Anschauung finden wir bei Bumm[7]), der folgendes sagt: „Für die tuberkulöse Frau ist die

Konzeption unter allen Umständen ein wenig wünschenswertes, schlimmes Ereignis. Dem Hausarzt liegt es ob, die Familie über die Konsequenzen aufzuklären, welche die Verheiratung tuberculöser oder mit ausgesprochener tuberkulöser Anlage behafteter Mädchen für sie selbst, für den Ehemann und die Nachkommenschaft mit sich bringt. Bedauerlicherweise werden solche Mahnungen gewöhnlich erst dann gewürdigt, wenn es zu spät, d. h. die Ehe abgeschlossen ist und die Folgen sich zu zeigen beginnen. Die vom geburtshilflichen Standpunkt aus wünschenswerte Prophylaxe hat Auvard kurz und bündig in den Worten zusammengefasst: „Jeune fille-pas de mariage, femme-pas d'enfants, mère-pas d'allaitement". Auch von Isendyek[8]) unter dem Eindruck der hohen Kindersterblichkeit bei den Nachkommen phthisischer Eltern mahnt von der Ehe nicht nur Tuberkulöser sondern sogar Tuberkuloseverdächtiger ab. Was die Frage betrifft, welche Umstände für eine erhöhte Infektionsgefahr der Tuberculose verantwortlich gemacht werden können und warum gerade so häufig bei Frauen mit tuberkulöser Prädisposition oder mit latenter Tuberkulose — die letztere während der Schwangerschaft in derartigem Masse ausbricht und, was leider so häufig zu konstatieren ist, rapide Fortschritte macht — erklärt uns am besten Löhnberg[9]):

„Unter denjenigen Organen des mütterlichen Körpers, welche durch die Schwangerschaft Veränderung erleiden, spielen das Blut und das Nervensystem eine wichtige Rolle. Das Verhalten des Blutes ist noch nicht sicher aufgeklärt: das scheint aber festzustehen, dass eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen und eine Verminderung der absoluten Haemoglobinmenge, also eine Blutbeschaffenheit die Norm ist, wie man sie ausgesprochen bei schweren Allgemeinerkrankungen (Krebs, Syphilis, Tuberkulose) beobachtet.

Zwischen der „einfachen“ Schwangerschaftsleukscytose und der echten Schwangerschaftschlorose ist de facto nur ein gradueller Unterschied.“ „In praxi“ — sagt Kleinwächter — „begehen wir gewiss keinen Fehler, wenn wir jede Schwangere als chlorotisch und anämisch ansehen“. Chlorose und Anämie gelten aber längst mit Recht als prädisponierende Momente bei der Entstehung der Tuberkulose; ausser dieser Störung des Blutmechanismus kommen noch diejenigen der Blutverteilung in Betracht. Die Beeinträchtigung der Atmung, die Herabsetzung der Herzaktion, die daraus resultierende Unregelmässigkeit in der Blutversorgung der Gewebe, Stockungen der Saftzirkulation mit Neigung zur Anhäufung von Lymphkörperchen — bedingen eine mehr oder weniger ausgeprägte Alteration des gesamten Stoffwechsels der Schwangeren, die an sich vielleicht nur unbedeutend im Vergleich zu den zahlreichen gröberen Einzelstörungen des Organismus, im Verein mit anderen prädisponierenden Momenten doch eine „Gewebschwäche“ im Sinne von Orth und damit eine minderwertige Resistenz des Gewebes gegen die Einnistung des Tuberkelbazillus begründen mag. Ausserdem wird der Organismus der Schwangeren gefährdet durch die mannigfachen Erschütterungen des Nervensystems, die in ihrer Gesamtheit ohne Frage ein schwächendes und daher disponierendes Moment darstellen. Bleibt doch nur in seltenen Fällen die Nahrungsaufnahme von den wechselnden Einflüssen der Psyche unberührt, fehlen doch selten — wenigstens in den besser situierten Kreisen — neuralgische Beschwerden mit Abneigung gegen Bewegung in frischer Luft und Unlust zum Essen im Gefolge und jene Veränderlichkeit der Stimmung, die gleichfalls die Ernährung des schwangeren Weibes beeinträchtigen und den Ausbruch von Krankheiten begünstigen können.“

Aus dieser Erklärung Löhnberg's sehen wir, dass

der normale Ablauf der Schwangerschaft durch eine — dem normalen Zustande des Organismus gegenüber — gesteigerte Empfänglichkeit für Tuberkulose ausgezeichnet ist. Für eine Verschlimmerung des Zustandes während der Schwangerschaft bei tuberkulösen oder dazu prädisponierten Frauen haben sich noch zahlreiche andere Autoren ausgesprochen.

So fand Rosthorn[10]) eine Verschlimmerung des Allgemeinbefindens und eine Zunahme der Beschwerden in 64% der von ihm beobachteten Fälle und zwar konstatierte er eine ganz auffällige, rapide Verschlimmerung auch des objektiven Befundes in 36% der Fälle.

Nach seiner Meinung scheinen gerade diejenigen Fälle besonders ungünstig beeinflusst zu werden, bei denen die Tuberkulose erst während der beobachteten Schwangerschaft zum Ausbruch kommt. Auf Grund seiner zahlreichen Beobachtungen kommt er zu dem Schluss, dass die Tuberkulose im Verlaufe einer Gravidität erstmalig in Erscheinung treten oder eine bestehende progredient werden kann. Relativ ungefährlich erscheint ihm die Gravidität nur:

a) bei den Frauen, die durch Jahre stationär lungenkrank sind oder als „relativ geheilt“ gelten und zwar bei günstigem, objektiven Lungenbefund mit oder ohne Tbebazillen im Auswurf, bei gutem Ernährungszustand, bei Fehlen von Fieber durch mehr als ein Jahr und bei Fehlen von Blutung.

b) Gut kann auch die Schwangerschaft absolviert werden bei solchen Kranken, die frischere, aber gut lokalisierte Spitzenprozesse aufweisen, wenn nur Fieberfreiheit besteht, der Ernährungszustand gut ist und während der Schwangerschaft sich nicht verschlechtert.

Unter allen Umständen gefahrbringend erscheint dagegen die Gravidität Lungenkranker unter folgenden Umständen:

a) wenn es sich um floride Prozesse handelt, — rascher Zerfall, dauernd hohes Fieber.

b) Wenn selbst bei geringem objektiven Befunde — Fieber, auch ganz leichtes, besteht, das trotz geeigneter Pflege (Heilstätte, Kurort, Sanatorium) nicht verschwinden will,

c) wenn die Erkrankung nicht auf die Spitzen und Oberlappen beschränkt ist, sondern auch Mittel- und Unterlappen befallen hat,

d) wenn die Lungenerkrankung anderweitig kompliziert ist:

1. mit Erkrankungen des Herzens.
2. „ „ des Urogenitalsystems.
3. „ „ des Darmtractus.

e) vor allem mit Larynxphtise, selbst wenn diese nur leicht ist und

f) bei schwerer hereditärer Belastung."

Auch Proust[12]) berichtet über 13 Fälle von Lungentuberkulose, bei welchen Schwangerschaft die Entwicklung des Leidens förderte; er sieht ebenfalls in der Schwangerschaft ein fast absolutes Hinderniss für die Heilung desselben.

Er fand wie auch andere Autoren, dass bei prädisponierten Frauen durch die Schwangerschaft die Tuberkulose zum Ausbruch gebracht werden kann. Ein gleiches ist der Fall, wenn die Schwangerschaft mit schweren Komplikationen verknüpft ist. Nach seiner Meinung soll die Tuberkulose in den ersten Monaten der Gravidität in einer schweren und schnell verlaufenden Form auftreten.

Auch Freund[13]) sah bei seinem eigenen Material fast immer eine Schädigung solcher tuberkulösen Frauen durch Gravidität, wo die Lungenerkrankung nicht ganz leichter Natur war.

Lichtenstein[14]) fand auch, dass jede Tuberkulose durch den Eintritt der Schwangerschaft eine Verschlimmerung erfährt. Sonst einen langsamen Verlauf zeigende Fälle treten mit Beginn derselben in ein neues Stadium, welches mit dem Fortschreiten der Gravidität an Intensität zunimmt und progredient wird. Meist kommen sie unter heftigen Fiebererscheinungen und dadurch bedingtem Kräfteverfall bereits vor der Geburt und im Puerperium zum Exitus.

Auch Hansemann[15]), Hahn[16]), Eich[17]), Washburn[18]) und v. a. erklären die Akute Lungentuberkulose als eine gefährliche Komplikation der Schwangerschaft. Natürlich gibt es auch Meinungen, die dahin gerichtet sind, dass der Einfluss der Schwangerschaft auf die Tuberkulose weit überschätzt werde. Und zwischen den Vertretern dieser Ansichten überwiegen hauptsächlich französische Autoren, wie Pinard[19]), Monnier[20].

Wenn man heutzutage in der Literatur Namen begegnet, die irgendwelche Schädigung der Tuberkulose durch die Schwangerschaft ableugnen, so schreiben sie doch dem Geburtsakt, der Laktation und dem Puerperium eine schädigende Wirkung zu!

So findet Tarre-Thomas[21]), dass nicht die Schwangerschaft, sondern bloss die Geburt und das Nähren nachteilig wirken.

Magnetta[22]) hat ebenfalls gefunden, dass die Geburt zu einer unbestreitbaren Verschlechterung des Zustandes führt.

Ueber die schädigende Wirkung des Wochenbettes und der Laktation auf die Tuberkulose hat sich Deibel[23]) folgenderweise ausgesprochen:

„Man stimmte darin überein, und auch heute noch kann diese Meinung als die allgemein geltende betrachtet werden, dass vielen Kranken, welche die

Geburt verhältnismässig gut überstanden haben, das Wochenbett noch grosse Gefahr und oft einen akuten Verlauf der Erkrankung bringen kann. Es beschleunigt nicht nur häufig das Fortschreiten der schon vorher aufgetretenen Krankheit, sondern es gibt bisweilen selbst den Anstoss zum Einsetzen derselben; so berichtet P. Müller über einen Fall, bei dem im Puerperium die innerhalb dieser Wochen erfolgte Entwicklung der Phthise aus einem Spitzenkatarrh beobachtet werden konnte.

Den ungünstigen Einfluss der Laktation bei Phthisischen hat schon Dubzeuilh 1851 hervorgehoben. Ganz abgesehen davon, dass sich das Stillen in manchen Fällen von selbst verbietet dadurch, dass nur mässige, wässrige Sekretion eintritt, die nach wenigen Tagen ganz erlischt, ist es unbedingte Notwendigkeit, Tuberkulösen das Stillen zu untersagen, sowohl mit Rücksicht auf die Mutter, als auch mit Rücksicht auf das Kind. Aber auch bei prädisponierten Frauen hat es manchmal nachteilige Folgen, es treten dann die ersten Erscheinungen der Schwindsucht in Anschluss an das Stillen auf, selbst wenn es nur kurze Zeit besorgt wurde. Jedenfalls ist das protrahierte Säugen höchst gefährlich für solche Frauen und ins Unsinnige ausgedehnt, für jede Stillende."

Der verderbenbringende Einfluss der Tuberkulose auf die Schwangerschaft ist somit von zahlreichen Autoren nachgewiesen.

Im allgemeinen kann man mit einer gewissen Berechtigung sagen, dass die Tuberkulose, mag sie ererbt, oder erworben sein — während der Schwangerschaft rapide Fortschritte macht.

Frauen mit latenter Tuberkulose können gravid werden und gebären, ohne dass das Leiden neuerdings aufbricht, leider ereignet sich viel häufiger das Gegenteil davon!

Wenn aber die Kranke bei fortschreitendem Leiden gravid wird, dann verläuft der Prozess, — wie Rosthorn, Kleinwächter[11]) und andere oben angeführte Autoren festgestellt haben, — nicht selten so rasch, dass die Gravide kaum das rechtzeitige Schwangerschaftsende erlebt und unentbunden stirbt.

Noch ungünstiger aber wird die Prognose, wenn die Krankheit in der Schwangerschaft fortschreitet und die Kranke hereditär belastet ist. Schwangerschaft und Geburt führt dann beinahe ausnahmslos zum Tode.

Nun tritt die Frage in den Vordergrund: Was für therapeutische Mittel stehen uns zur Verfügung, um den schädigenden Einfluss, den die Schwangerschaft auf die Tuberkulose ausübt, zu verhüten oder wenigstens zu mildern?

Nun hat sich folgendes herausgestellt: Eine Reihe von Autoren hat sich in dem Sinne ausgesprochen, dass als wichtiges therapeutisches Mittel gegen die Phthise die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft gelten muss.

Eine andere Reihe von Autoren sind der Meinung, dass die Lungenschwindsucht während der Gravidität an sich allein noch keine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft stellt, sondern dass die Behandlung der tuberkulösen Schwangeren mit der Behandlung der tuberkulösen nichtschwangeren Frau vollständig zusammenfällt. Eine solche Frau bedarf, nach ihrer Meinung, einer hygienisch-diätetischen Kur, das heisst frischer Luft, guter Ernährung, Ruhe und einer sorgsamen Pflege.

Zu diesem Zwecke soll die Kranke in eine entsprechende Anstalt oder in ein Sanatorium gebracht werden.

Und schliesslich gibt es noch eine dritte Reihe von Autoren, deren Ansicht dahin geht, dass zuerst eine klimatisch-diätetische Behandlung in Anwendung zu bringen sei, und wenn trotz dieser Behandlung und Pflege keine Besserung des Lungenbefundes und kein Anstieg des Körpergewichtes über die durch die Gravidität bedingte Zunahme hinaus zu verzeichnen sei, dann erst die Unterbrechung der Schwangerschaft in Betracht kommen soll.

Nun finden wir zwischen den Vertretern der ersten Reihe von Autoren extreme Anschauungen betreffend der Indikation für Unterbrechung der Schwangerschaft. So verlangt Maragliano[24]) z. B., dass man bei jeder tuberkulösen Frau die Schwangerschaft unterbrechen soll. Er sagt: „Wenn man die Verteidigung der Menschheit gegen die Tuberkulose ernstlich und zielbewusst ins Auge fasst, wird es notwendig, allen Sentimentalismus bezüglich der hypothetischen Rechte des Fötus fallen zu lassen und sie denen der Mutter gegenüber vollständig in den Hintergrund zu stellen. Wenn wir dazu den grossen Einfluss in Betracht ziehen, den die Tuberkulose der Mutter auf den Organismus des zukünftigen Wesens ausübt, auch was die Möglichkeit der Uebertragung der Infektion selbst auf denselben betrifft, wird man den Eingriff desto berechtigter finden, indem auf diese Weise zugleich mit dem positiven Nutzen für die Mutter, die den Gefahren der Schwangerschaft entzogen wird, sich anderseits die Ausschaltung einer zukünftigen tuberkulösen Einheit aus der Gesellschaft verbindet.“

Maragliano bewies durch seine Statistik die Gefahr der Lungentuberkulose aufs Deutlichste. Von schwangeren Phthisicae starben 94% gegen 18% Nichtschwangerer im gleichen Zeitraume.

Auch Peri[28]) verteidigt in Uebereinstimmung mit Maragliano die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Lungentuberkulose; es soll sogar diese Art der Behandlung die Regel bilden! Die hervorragenden Geburtshelfer Italiens Cueci[26]) und Acconci[26]), haben den Standpunkt Maraglianos angenommen und mit Erfolg in Anwendung gebracht. Selbstverständlich haben die extremen Anschauungen Maraglianos viele Gegner gefunden.

So sagte Kaminer[27]), dass „nur das Wohl der Mutter eine Indikation zur Einleitung des künstlichen Aborts hergeben kann, nicht der zu sehr aufs Allgemeinwohl gerichtete Gedanke Maraglianos — die Schwangerschaft bei einer Tuberkulösen aus dem Grunde zu unterbrechen, weil so eine spätere Einheit aus der Gesellschaft ausgeschaltet wird."

Gegenüber den Ansichten Maraglianos erklären auch v. Leyden[28]) und Gerhardt[29]) dass man nur von Fall zu Fall entscheiden könne, ob man die Schwangerschaft unterbrechen dürfe oder nicht.

Gerhardt erklärt sich ebenfalls mit der künstlichen Einleitung des Abortes einverstanden, wo der Lungenprozess und die Entkräftung der schwangeren Frau erhebliche Fortschritte machen. Er hat mehrmals einen sehr günstigen, lebensrettenden Erfolg von dem Eingriff gesehen. Er hat aber manchmal auch Grund gehabt, diesem Wunsche als einem ungenügend begründeten nicht beizupflichten.

Auch Rosthorn und Fraenkel[30]) sagten, dass man in der Frage der Unterbrechung der Schwangerschaft nicht generaliter handeln kann Man muss in jedem einzelnen Falle individualisieren. „Die Schablone ist hier, wie in der gesamten Medizin zumeist das Falsche; eine zweckmässige und auf Erfahrung basierte Individualisierung das Richtige". Kaminer[31]) empfiehlt zu berücksichtigen, ob es Erst-

oder Mehrgebärende seien, weil sich in letzterem Falle Rückschlüsse auf die vorhergehenden Schwangerschaften machen liessen, wenngleich dieses keine Garantie böte.

Auch Veit[32]) ist der Meinung, dass das Wesentlichste bei Beurteilung der tuberkulösen Schwangeren die Kontrolle des Körpergewichtes sei. Regelmässige Gewichtszunahme kontraindiziert den künstlichen Abort, ebenso eine regelmässige Abnahme, da hier nichts mehr zu gewinnen ist. Bei Fieber allein ist die Einleitung des künstlichen Aborts diskutabel. Die Tuberkulose an sich ist noch keine Indikation, sondern die Reaktion des Körpers.

Neu[33]) findet aber, dass die Gewichtsbestimmung allein nicht ausschlaggebend sein können, die Beobachtung der Temperatur sei auch sehr wichtig, besonders bei belasteter Anamnese. Temperaturen von 37,7° im Rectum seien schon suspekt. Nur auf Grund streng individualisierender Beobachtung womöglich unter Zuziehung eines Internisten dürften therapeutische Entschlüsse gefasst werden.

Auch Pfannenstiel[33]) ist zur Ueberzeugung gekommen, dass Frauen mit schwerer Tuberkulose durch den künstlichen Abortus oft vor ernsthafter Verschlimmerung bewahrt werden; mit dem Wägen kommt man oft zu spät. Zu den Indikationen gehören ausser Fieber — Hämoptoe, Larynx- und Darmtuberkulose, ferner Komplikationen mit Vitium cordis.

Himmelfarb[34]) vertritt die Ansicht, dass man den künstlichen Abort einleiten müsse, wenn relative oder volle Heilung dadurch zu erwarten sei, und betrachtet so den künstlichen Abort als ein wichtiges therapeutisches Mittel gegen die Phthise.

Auch Bumm[35]) beobachtete, dass die Lungentuberkulose eine häufige Indikation für Unterbrechung

der Schwangerschaft abgibt. Zu dem Eingriff darf man aber erst dann schreiten, wenn objektive tuberkulöse Veränderungen vorhanden sind, Bumm hatte gute Erfolge mit der prognostischen Verwendung der Koniunctivalreaktion.

Der positive Ausfall der Reaktion ist als günstiges Zeichen aufzufassen. Für diese Fälle muss man annehmen, dass das Rotwerden der Koniunctiva als ein Zeichen dafür anzusehen ist, dass im Körper noch genügend Immunstoffe vorhanden sind, die ihn gegen den schädigenden Einfluss der Tuberculose schützen; die Schwangerschaft braucht dann nicht unterbrochen werden. Der negative Ausfall ist aber prognostisch ungünstig und beweist, dass die oben erwähnten Immunstoffe fehlen und der lokale Prozess mit den begleitenden Erscheinungen: Husten, Atemnot und Verfall rasch zunehmen und in diesem Falle die Schwangerschaft sofort unterbrochen werden muss.

Ich habe eine ganze Reihe von Meinungen verschiedener Autoren aufgeführt, und es ist schon leicht zu erblicken, dass, obwohl fast alle Autoren sich dahin ausgesprochen haben, dass die Unterbrechung der Schwangerschaft als ein sehr wichtiges therapeutisches Mittel betrachtet werden muss, bis heute dennoch von einer allgemeinen absoluten Indikation keine Rede sein kann, und deshalb ist die Hauptschwierigkeit für den praktischen Arzt in der Wahl des Zeitpunktes für den nötigen Eingriff besteht. Die Frage, wann die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft eingeleitet werden soll, ob in der ersten oder letzten Hälfte der Gravidität ist natürlich nicht ohne Weiteres zu beantworten und ist von Fall zu Fall zu entscheiden. Abgesehen davon, dass es zunächst darauf ankommt, zu welcher Zeit der Gra-

vidität die Kranke den Arzt aufsucht, ist es natürlich von den jeweiligen Umständen abhängig, die entweder einen möglichst baldigen Eingriff verlangen oder der Hoffnung Ausdruck geben, dass die Krankheit eine Wendung zum Besseren nimmt. Jedenfalls wäre es verfehlt, eine Frau im 8. oder 9. Monat der Gravidität, mag ihr Zustand sein wie er wolle, einem derartigen Eingriff zu unterziehen. Anders liegen die Verhältnisse, wenn es sich um die ersten Monate der Schwangerschaft handelt.

Strassman[36]) sagt, dass die künstliche Frühgeburt der Geburt an Gefahren gleichkommt. Je früher der Abort eingeleitet wird, desto schneller und leichter kann er bewirkt werden. Als die beste Zeit empfiehlt er die 8.—10. Woche. Oft ist aber der Wunsch der Mutter in der einen oder der anderen Richtung zu berücksichtigen, namentlich wenn sie schon Kinder hat.

Auch Rosthorn[10]) lehnt auf Grund seiner Erfahrungen für schwere Fälle die Einleitung der Frühgeburt ab, weil er ebenfalls der Meinung ist, dass diese in ihren Folgen der Geburt am Ende der Schwangerschaft gleichzustellen und als solche tatsächlich in prognostischer Hinsicht nicht unbedenklich sei.

„Einen Erfolg kann man nur von dem in früheren Perioden der Schwangerschaft eingeleiteten künstlichen Abortus erwarten. Die Aussicht ist dadurch gegeben, dass der Organismus noch nicht zu sehr geschwächt, der Ernährungszustand nicht zu sehr herabgesetzt ist!

Schweren Fällen gegenüber verhält man sich in den letzten Monaten der Schwangerschaft am besten rein expektativ; sie stellen eher eine Kontraindikation gegen einen geburtshilflichen Eingriff dar; nur die allerquälendsten Symptome (schwere Dyspnoe, Dysphagie) können unter Umständen die Vornahme der

Unterbrechung begründen lassen. (Indicatio Symptomatica). Doch empfiehlt es sich in solchen Fällen, die Angehörigen auf einen eventuellen, rapiden, ungünstigen Verlauf vorzubereiten."

Auch Schauta[37]) findet, dass bei Lungentuberkulose nur der künstliche Abortus einen Nutzen bringen kann. Macht die Tuberkulose starke Fortschritte, so kann auch später eine Indikation eintreten. Nur in aussichtslosen Fällen von Tuberkulose ist die künstliche Frühgeburt indiziert, sobald das Kind lebensfähig ist.

Koheghi[38]) erklärte, wenn bei Tuberkulose der Mutter von zwei Aerzten der Nachweis von Tbcbazillen erbracht sei, so soll der künstliche Abortus eingeleitet werden, um den Nachwuchs tuberkulöser Generationen zu hindern.

Zanoni[39]) findet, bei Lungentuberkulose die Einleitung des Aborts nach dem 4. Monate der Schwangerschaft nicht mehr für gerechtfertigt; nur in rapid verlaufenden Fällen mit raschem Verfall der Körperkräfte soll der Eingriff ausgeführt werden.

Auch Ruge[4]) rät bei beginnender Tuberkulose, bei der noch Heilung der Mutter erwartet werden kann, — den künstlichen Abort möglichst frühzeitig auszuführen. Er teilt gleichzeitig 2 Fälle mit, in welchen bei beginnender Lungentuberkulose die Schwangerschaft unterbrochen wurde, weil die Kranken stark abmagerten. Es trat dann völlige Heilung der Tuberkulose ein.

Fehling[13]) rät mehr zur künstlichen Frühgeburt als zum Abort, da man auf das Kind Rücksicht zu nehmen habe.

Für die künstliche Frühgeburt haben sich noch Jaffe, Schrader und Simpson ausgesprochen.

Jaffe[41]) sagte, dass es nicht statthaft sei, ein kind-

liches Leben für das doch sicher verlorene der Mutter zu opfern.

Schauta[37]) besonders betont aber, dass in erster Linie das Leben der Mutter, dann erst dasjenige des Kindes zu berücksichtigen sei! Mit einer besonderen Ueberzeugungskraft beweist er, dass wir einen den Franzosen diametral entgegengesetzten Standpunkt in Auswahl des Eingriffes einnehmen müssen! Man muss nie vergessen, dass die Mutter den schon lebenden Kindern erhalten bleiben, und dass das Interesse des Kindes in den Hintergrund treten muss.

Wir sehen also, dass die grösste Mehrzal der Autoren in der Unterbrechung der Schwangerschaft und zwar in der Einleitung des Abortes in der Zeit bis zur 10. Woche der Schwangerschaft ein wünschenswertes therapeutisches Mittel erblicken.

Was die zweite Reihe von Autoren betrifft, so sehen sie in der Lungenschwindsucht, wie ich schon gesagt habe, überhaupt keine Indikation zur Unterbrechung der Gravidität und sprechen infolgedessen diesen Eingriffen irgendwelchen therapeutischen Wert ab. Die Vertreter dieser Anschauung wollen nur in klimatisch-diätetischen Kuren, in der Anwendung von konzentrierten Nährpräparaten, vollkommener Ruhe einen Nutzen und Heilung für solche Kranken erblicken.

So sieht Pinard[19]) die Aufgabe des Arztes bei tuberkulösen Schwangeren nur in der sorgfältigen Behandlung der Lungenerkrankung und in der Ueberwachung der Schwangerschaft. Derselben Meinung ist auch Burkhardt[12]), der eine ungünstige Einwirkung der Schwangerschaft auf den Verlauf der Tuberkulose bestreitet. Selbst progrediente Phthise kann im Verlauf der Gravidität stationär werden. — Dem Ab-

ort schreibt er nicht nur keine heilende Wirkung auf die Lungentuberkulose zu, sondern ist vielmehr der Anschauung, dass er direkt deletär wirken kann. Gute Erfolge bei der Behandlung tuberkulöser Schwangerer hat er nur in Hochgebirgen gesehen.

Auch Kalabin[43]) hat seine Beobachtung an 61 gut situierten Frauen gemacht, die während der Schwangerschaft an Tuberkulose gelitten haben, dass, trotzdem im Sputum derselben Tuberkelbazillen gefunden worden waren, doch von einem schädigenden Einfluss der Schwangerschaft auf die Tuberkulose — keine Rede sein konnte. Verfasser glaubt gute Erfolge bei der Behandlung tuberkulöser Schwangerer in sorgsamer Pflege, frischer Luft und Injektionen von Tuberkulinum Denis von 0—8 zu je 10 Injektionen von jeder Nummer, von 0,1 bis 1,0 anfangs täglich, dann jeden Uebertag gemacht zu sehen. Er bestätigt, dass die Kranken während dieser Behandlung sich ausgezeichnet fühlten, im Gewicht zunahmen und dass das vorher vorhandene Rasseln und die im Sputum massenhaft vorhanden gewesenen Bazillen am Schlusse einer solchen Behandlung vollständig verschwanden.

Und schliesslich ist noch zu erwähnen, wie sich die dritte Reihe von Autoren zur Frage der Behandlung der tuberkulösen Schwangeren verhält!

Obwohl diese Autoren den günstigen Einfluss des künstlichen Abortus im allgemeinen anerkennen, raten sie doch, diesen Eingriff erst dann in Anwendung zu bringen, wenn vorher von solchen Kranken durchgemachte diätetische klimatische Kuren keinen Nutzen gebracht haben und die Verschlimmerung des Allgemeinzustandes von den Aerzten konstatiert wurde. So empfehlen Rosthorn und Fraenkel[3]) bei nicht sehr ausgedehnten Spitzenprozessen, ganz unabhängig davon, ob Fieber oder Abmagerung besteht, wenn nur

andere Komplikationen fehlen, sich zunächst abwartend zu verhalten. Sie raten dann, die grösste Aufmerksamkeit der Hygiene der Gravidität zuzuwenden, wie sie jeder Graviden gebührt, wenn sie chronisch krank ist. Gleichzeitig ist die Lungenkrankheit zu behandeln, wie wenn die Schwangerschaft nicht bestände. Ruhe, klimatische und Anstaltskuren sind geboten, nicht trotz, sondern wegen der eingetretenen Gravidität.

Wenn aber diese Art der Behandlung keine Gewichtszunahme und keine wesentliche Besserung herbeiführt, so ist auch bei leichten Fällen die Unterbrechung der Gravidität und zwar so früh, wie möglich — diskutabel.

Auch Ahlfeld[4]) empfiehlt vor Einleitung einer künstlichen Fehlgeburt die längere, genaue Beobachtung der Kranken. Er hält eine Schwangerschaft unter geeigneter Behandlung für die Kranke für ungefährlicher, als einen wiederholten Abort. Nicht die Einleitung des Aborts ist nach seiner Meinung, für die Kranke das wichtigste, sondern die Behandlung und eine zweckmässige Pflege.

Dieser Meinung ist auch Merlatti[45]), der zu folgendem therapeutischem Schluss gekommen. „In dem Fall, dass eine tuberkulöse Schwangere sich verschlimmere (fortschreitende Abmagerung, Gewichtsverlust, Steigerung der Temperatur, Verschlimmerung der physikalischen objektiven Erscheinungen und derjenigen des Harns) und trotz der medizinischen Behandlung in einem Sanatorium der schwere Zustand der Krankheit immer fortdauert, ist man berechtigt, den künstlichen Abort einzuleiten", — nicht aber die künstliche Frühgeburt, weil sie der Frau ebenso schädlich ist, wie die normale Geburt und geringe Hoffnung auf das Retten des kindlichen Lebens ge-

stattet, das den Gefahren der vorzeitigen Geburt samt der hereditären krankhaften Belastung ausgesetzt wird.

Auch Weinberg[16]) sagte, dass der klimatisch-diätetischen Behandlung ein breiterer Spielraum eingeräumt werden muss und erst dann, wenn diese erfolglos bleibt — der künstliche Abort in den Vordergrund tritt.

Mit Anschauung der zuletzt von mir erwähnten Autoren könnte man sich vielleicht einverstanden erklären, aber mit einer sehr wichtigen Bedingung: wenn es sich bloss um wohlhabende und gut situierte Schwangere handelt!

Denn die Heilung der Tuberkulose ist schon seit längerer Zeit — eine Geldfrage! Zur Verfügung wohlhabender Kranker stehen stets je nachdem Davos, Arosa, Madeira, Riviera, Meran, Gries, Arco, Montreux und viele andere! Was sollen aber die wenig bemittelten Frauen machen oder Arbeiterfrauen, die ganz arm sind, die vielleicht bis zum Schwangerschaftsende selbst arbeiten müssen, weil der Mann allein ausser Stande ist, die riesigen Kosten seiner Familie, die — gleich zu sagen, so häufig aus 6—7 Personen besteht — zu tragen? Auch die Heilstätten kommen bei armen schwangeren Frauen nicht in Betracht, da solche gravide Frauen dem deutschen Gesetze nach nicht in die Heilstätten aufgenommen werden dürfen!

Hamburger hat Recht, wenn er empfiehlt, dass bevor man einen Schluss in der Frage der Behandlung tuberkulöser Schwangeren fasse — man einen Blick in die äusseren Verhältnisse, in denen solche Kranke leben — werfen soll. „Der Verlauf der Tuberkulose in mittleren oder wohlhabenden Verhältnissen“ — sagt Hamburger[17]) — gestatte noch keineswegs einen Rückschluss auf den Verlauf in ärmeren Kreisen. Man müsse die armen Frauen in ihren

Wohnungen aufsuchen und feststellen, in was für Räumen sie lebten, wie viel Kinder sie hätten, wie viel Personen in einem Bette schliefen, wie gross das Einkommen sei etc. Dann komme man zu dem Schlusse, dass in der übergrossen Majorität aller Fälle die Heilung der Lungenschwindsucht nur eine Geldfrage sei. Die bisher üblichen Methoden können bei der Schwangerschaft schwindsüchtiger Arbeiterfrauen nicht leisten. Bei wohlhabenden Frauen habe man doch gute Luft, könne konzentrierte Nährpräparate anwenden, der Körper könne sich ordentlich ausruhen und habe im Wochenbette seine Pflege. Die Frauen der ärmeren Bevölkerung würden nicht einmal während der Gravidität in Lungenheilstätten aufgenommen. Antikonzeptionelle Mittel kämen zu spät. Also bleibe kein anderes Mittel, als dass man die Schwangerschaft unterbreche. Der Körper werde durch einen Abort nicht geschädigt, und auch die Psyche werde nicht beeinflusst. Denn unter der niedersten Bevölkerung handle es sich in erster Linie um Kranke, die mit Recht geneigt seien, in der Schwangerschaft eine Gefährdung des eigenen Lebens zu sehen. Werden sie aber durch den Gedanken geängstigt, dass sie überhaupt nicht mehr gebären könnten, so brauchen sie ja nicht für immer auf das Glück eines Kindes zu verzichten. Nach erfolgreicher Pflege in einer Heilstätte würde vielleicht gegen eine Gravidität nichts einzuwenden sein. Gegen die Unterbrechung der Schwangerschaft werde nun weiter angeführt, dass die Kranke vielleicht sehr bald von neuem konzipieren werde, und der wiederholte Abort an Schädlichkeit dem Austragen des einen Kindes gleichkomme. Von diesem Gesichtspunkte aus dürfe aber niemals, auch bei anderen Krankheiten nicht, die Schwangerschaft unterbrochen werden. Ausserdem müsse der Arzt die Frau über die Gefahren ihrer Schwangerschaft instruieren und ihr antikonzeptionelle Mittel vorschla-

gen. Auch müsse häufiger als sonst die künstliche Sterilisation vorgenommen werden. Nun wiesen ferner die Gegner darauf hin, dass durch den Abort ein Menschenleben vernichtet werde. Man müsse sich aber die Frage vorlegen, was aus den Kindern in armen Familien werde, wo die Luft schlecht sei, wo der Auswurf nicht ordentlich beseitigt werden könne und die Kinder nichts ordentliches zu essen bekämen. Wo der Tod nicht an Tuberkulose erfolgte, werde sicher die schlechte angeborene Konstitution das Kind den Gefahren des Säuglingsalters eher erliegen lassen. Zehn von ihm beobachtete Frauen haben 51 Mal geboren. Von diesen Kindern waren nur noch 21 am Leben. Nach seiner Meinung dürfe man auch nicht von Fall zu Fall entscheiden. Denn aus dem Lungenbefunde könne man nichts schliessen. Niemand könne sehen, in welcher Weise die Schwangere durch das Wochenbett beeinflusst werde. Für ihn sei die Unterbrechung schon indiziert, wenn sich im Auswurf Tuberkelbazillen finden".

Auch Krönig[44]) mahnt, auf die soz ialen Verhältnisse Rücksicht zu nehmen. „Eine Arbeitersfrau lässt sich nicht Monate lang in ein Sanatorium bringen und gerade unter ungünstigen Verhältnissen nimmt die Schwangerschaft besonders deletär auf die Tuberkulose und rechtfertigt die Einleitung der künstlichen Fehlgeburt".

Auch Kohnstamm[18]) sagt: „Wenn man zweifelhaft ist, ob ein Fall von Tuberkulose die Indikation zum Abortus artificialis abgibt oder nicht, wird man sich anders verhalten, wo es sich um eine Proletarierfamilie mit 10 Kindern handelt, als wenn in einer bis dahin kinderlosen fürstlichen Familie ein Majoratsherr erwartet wird.

Ueberhaupt haben wir Aerzte die Pflicht, an die sozial-ethische Frage des Abortes artificialis voraussetzungslos und de lege ferendae heranzutreten."

Wir sehen also, dass das Verhalten des Arztes bei der Auswahl der Therapie sich nach den äusseren Verhältnissen, in welchen die Kranken leben, richten muss.

Hamburger wünscht, dass im Interesse der ärmeren Klassen folgendes auf den Tuberkulose-Kongressen ausgesprochen werde:

„Wenn in einer Familie die Ehefrau an Tuberkulose erkrankt, kenntlich durch Abmagerung, Kräfteverfall, anhaltenden Husten und eitrigen oder blutigen Auswurf, so ist mit allen erdenklichen Mitteln der Eintritt der Schwangerschaft hintanzuhalten, kommt es dennoch dazu, so ist sofort ein Arzt zu rufen, der in Gemeinschaft mit einem zweiten Arzt unter schriftlicher Protokollierung des Sachverhalts zu unterscheiden hat, ob in dem vorliegenden Falle die Schwangerschaft ohne Lebensgefahr für die Mutter bis zu Ende gehen darf."

Dass der künstliche Abortus, rechtzeitig und von sachkundiger Hand ausgeführt, wirklich ein unersetzliches therapeutisches Mittel für ärmere tuberkulöse Schwangere darstellt, und dass er tatsächlich wünschenswerte Erfolge und Besserung des Allgemeinzustandes mitbringt, beweist auch das mir durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Professor Dr. Strassmann zur Verfügung gestellte klinische Material, das einen Zeitraum von 9 Jahren (1902—1910) umfasst Die Zahl der untersuchten Fälle betrifft 27. Ueber 3 Fälle aus dieser Zahl behalte ich mir das Recht vor, wegen des operativen Eingriffs — der an denselben vorgenommen wurde — am Schlusse und separat zu sprechen.

Krankengeschichte.

1. Fall.

Journal N 33. Jahr 1902.

Frau A., 25 Jahre alt. Näherin, 2. Gravida. Als Mädchen war Pat. blutarm. Heredität o. B. Sie verheiratete sich im Jahre 1897, als sie 20 Jahre alt war. Gleich nach der Hochzeit trat Schwangerschaft ein. Während der letzteren — Wohlbefinden. Geburt am normalen Schwangerschaftsende. Das Kind wurde von der Mutter selbst genährt und die ersten 6 Jahre war es vollständig gesund, aber im 7. Lebensjahre ist es lungenleidend geworden und noch heutzutage krank, hat öfters Anstösse zum Husten, klagt über Schmerzen in der linken Lungenspitze, sieht sehr blass aus.

Gleich nach der ersten Entbindung — Allgemeinzustand der Mutter befriedigend, aber nach einem Jahre — im Winter 1899 begann sie zu husten. Es haben sich Stiche in den Lungenspitzen, Seitenstechen und Nachtschweisse eingestellt. Im weiteren Verlaufe trat Atemnot ein. Der Husten war von einem Auswurf begleitet, der — schleimigeitrig, fadenförmig aussah.

Gewicht vor der 1. Gravidität — 110 Pfd. 2 Jahre nach der 1. Entbindung — 97 Pfd.

Im April 1902 zum 2. Mal gravid. Starke Abmagerung, Schwäche, heftiger Husten mit Auswurf, Atemnot, — daher im Juni 1902 im 2. Graviditätsmonate — künstlicher Abort.

Nach der Unterbrechung der Schwangerschaft trat eine bedeutende Kräftigung ein. Husten milder, bloss Ausstösse. zu diesem. Nachtschweisse — seltener. An Atemnot nicht mehr gelitten. Am Gewichte im Laufe von 6 Monaten — ca. 12 Pfd. zugenommen. Von dieser Zeit an bis zum Jahre 1909 — stets ziemlich gutes Befinden. Im Laufe dieser Zeit hat sie an den Lungen nicht gelitten. Sie wog im vorigen Jahre 128 Pfd.

Im April 1909 trat zum 3. Mal Schwangerschaft ein. Während derselben hat Pat. in der ersten Hälfte der Gravidität über nichts ausser Erbrechen, Appetitlosigkeit — zu klagen gehabt. Es traten manchmal nur vereinzelte Stiche über die linke Lungenspitze auf.

Am normalen Schwangerschaftsende, d. h. am 12. Januar 1910 hat sie ein gesundes Kind geboren, das aber nicht von der Mutter genährt wurde. Das Kind lebt und ist gesund.

Die Pat. macht jetzt einen elenden Eindruck und gibt mir an, dass sie sich jetzt bedeutend schlimmer fühle. Der

Husten stellte sich wiederum, sogar „fürchterlich“ ein; sie leidet jetzt an Nachtschweissen, Fieber, Atemnot.

Auch die Schmerzen und Seitenstiche über der Lunge sind noch schlimmer, als es im Laufe der ganzen Zeit war.

Die Pat. hat jetzt ein Gesuch eingereicht, um in die Heilstätte von Beelitz aufgenommen zu werden, weil sie sich vollständig matt und arbeitsunfähig fühlt.

Ihr jetziges Gewicht — 127 Pfd.

2. Fall.

Jahr 1903. — Journal N 300/142.

Frau M. B., 33 Jahre alt, Reisendersfrau — 6. Gravida. Als Kind — immer lungenleidend, stets gehustet, dabei bestand manchmal ein blutigschleimiger Auswurf, ausserdem viel an Atemnot gelitten.

Der Vater ist an Tbe pulmonum gestorben.

Die Mutter lebt, ist aber auch lungenkrank.

Pat. hatte 4 Geschwister. 1 Schwester ist an Darmtuberkulose gestorben. Von den 3 Brüdern ist einer an Lungentuberkulose gestorben, die anderen zwei leben und sind gesund.

Als sie älter geworden — hat sich ihr Gesundheitszustand um etwas gebessert. Sie ist viel kräftiger und stärker geworden. Der Husten ging vorüber und die Atemnot war geringer. Bis zum 22. Lebensjahre hat sie immer an Gewicht zugenommen.

In diesem Jahre, d. h. im Jahre 1892 — verheiratete sie sich. Gleich nach der Hochzeit trat die Gravidität ein und während derselben begann die Pat. wiederum zu husten, über Seitenstechen, heftige Schmerzen im Bereiche der Lungenspitzen, des Rückens und der Brust — zu klagen. Sie begann auch bedeutend abzumagern.

Trotzdem hat sie das Kind bis zum normalen Schwangerschaftsende ausgetragen und die Geburt wurde mittelst Forzeps beendet, wobei sie viel Blut verloren hat.

Nach der Entbindung war kaum eine Besserung zu verzeichnen. Die Frau hat sich im weiteren Verlaufe noch immer elend gefühlt. Von irgendwelcher Zunahme des Gewichtes war keine Rede. Das Kind wurde nicht von der Mutter ernährt und ist nach einem Jahre an Darmtuberkulose gestorben.

Im Jahre 1895 wurde die Pat. zum 2. Male gravid. Sie gibt an, dass in der ersten Hälfte dieser Gravidität sie sich sehr schlecht gefühlt habe — in der zweiten Hälfte wäre es ihr bedeutend besser gegangen. Sie hat wiederum mittelst

Forzeps ein ausgetragenes Kind geboren. Das Kind wurde ebenfalls, wie das erste — nicht von der Mutter genährt, es lebt, aber leidet an „multipler Drüsenanschwellung", wahrscheinlich handelt es sich um Scrophulose.

6 Monate nach der 2. Entbindung zum 3. Mal gravid. Während derselben Wohlbefinden. Spontane Geburt am normalen Schwangerschaftsende. Das Kind wurde schon im Laufe von 9 Monaten von der Mutter selbst ernährt. Das Kind lebt und ist vollkommen gesund.

Nach dieser Entbindung — Wohlbefinden.

Nach 1¼ Jahr zum 4. Mal gravid. Während derselben Zeit zeigte sich eine Verschlimmerung in dem Gesundheitszustand; sie ist schwächer geworden. Es trat Husten auf, sie hat viel an Nachtschweissen gelitten, aber die Schwangerschaft wurde nicht unterbrochen und sie hat ein ausgetragenes Kind geboren, das nicht von der Mutter genährt wurde. Es lebt, hustet aber fortwährend, sieht blass aus und ist „empfindlich gegen Erkältungen".

Im Jahre 1901 — zum 5. Mal gravid.

Während derselben, ebenso nach stattgefundener normaler Entbindung Verschlimmerung des Zustandes. Viel gehustet, bedeutend abgemagert. Ca. 2 Monate nach dieser Entbindung war sie infolge der Schwäche gezwungen, im Bette zu bleiben. Das Kind — nicht von der Mutter genährt — lebt, aber sieht blass aus.

Nach einem Jahre, d. h. im Mai 1903 zum 6. Male gravid. Ein abnormer Kräfteverfall, heftiger Husten mit schleimig-eitrigem Auswurf. Auftreten von Stichen und Schmerzen am Rücken während der ersten 4 Wochen der Gravidität, so dass im Juni der künstliche Abort eingeleitet wurde.

Gleich nach der Unterbrechung trat eine bedeutende Besserung ein. Sie konnte leichter atmen, gehen. An Husten, Rückenschmerzen hat sie fast nicht gelitten.

Jetzt gibt sie mir an, dass nach einem Jahre im Jahre 1904 sie wieder zum 7. Mal gravid geworden sei, wobei die alten Beschwerden wiederum so heftig geworden seien, dass im 2. Graviditätsmonat die Schwangerschaft wiederum unterbrochen wurde und schon 14 Tage danach Besserung aufgetreten sei.

In der Zwischenzeit 1904—1908 — Wohlbefinden. Zur Erholung hat sie in einer Heilstätte 3 Monate verbracht.

Im Juni 1908 — zum 8. Mal gravid; während dieser Gravidität bedeutend besser gefühlt, als während der letzten 4 Schwangerschaften. Im März 1909 — normale Entbindung.

Da sie aber im Laufe von 4 Monaten das Kind selbst genährt hat — traten wiederum Stiche im Rücken und Husten auf, und sie hat das Stillen aufgeben müssen. Das Kind lebt und ist gesund.

Das Befinden der Pat. besserte sich seit der letzten Entbindung allmählich und gegenwärtig fühlt sie sich bedeutend stärker und kräftiger. Sie hat im Laufe der letzten Monate ca. 13 Pfund zugenommen.

3. Fall

Jahr 1903. — Journal N 468/319.

Frau J. J., 29 Jahre alt, Näherin. 5. gravida.

Als Kind an Masern, Scharlach, Dyphterie gelitten. Vater — an galoppierender Tbe. pulmonum gestorben. Mutter lebt, ist aber lungenleidend.

Von 6 Geschwistern ist ein Bruder an Tbe. pulmonum gestorben. Die anderen leben und sind gesund.

Mit 22 Jahren verheiratete sie sich.

Während der ersten 3 Schwangerschaften — Wohlbefinden. Normale Gedurten. Kinder, von der Mutter selbst genährt, leben und sind gesund. Im Jahre 1899 — während der 4. Gravidität — spontaner Abort im 2. Graviditätsmonate. Im Frühjahr 1903 — Pleuritis und im Anschluss daran Haemoptoe. Seit dieser Zeit ist Husten aufgetreten. Im Juli desselben Jahres — wiederum Pleuritis und danach nochmals Haemoptoe, die 8—10 Tage gedauert hat.

Vom behandelnden Arzte Landaufenthalt empfohlen. Ca. 9 Wochen an der Ostsee verbracht. Während der ganzen Zeit bestand aber Husten, Auswurf. Nach der Rückkehr wurde die Pat. zum 5. Mal gravid. Rasche Abmagerung, Schwäche, Appetitlosigkeit, Stiche, Nachtschweisse. Als Therapie künstlicher Abort im 2. Graviditätsmonate.

Nach der Unterbrechung — rasche Besserung und Verschwinden aller Beschwerden.

In den nachher folgenden 3 Schwangerschaften, die durch spontane normale Entbindungen beendigt wurden und lebende Kinder zur Welt brachten — gutes Wohlbefinden.

4. Fall.

Jahr 1904. — Journal N 550/69.

Frau J. M., 33 Jahre alt, Arbeiterfrau, 6. Gravida.

Als Kind gesund. Vater an Tbe. pulmonum gestorben. Mutter ist gesund. 1 Schwester lebt und ist gesund.

Im Jahre 1896 verheiratete sie sich.

Während der ersten 5. Schwangerschaften — Wohlbefin-

den. Während der 4. Schwangerschaft — spontaner Abort Mensi 2.

Nach der 5. Entbindung, im Februar 1901, bei Nähren des Kindes bekam sie Schwindel, Seiten- und Brustschmerzen, so dass sie das Stillen des Kindes aufgab. Das Kind lebt, aber hustet. Am Ende 1902 — bekam sie Husten, Haemoptoe, viel an Atemnot gelitten. Es stellte sich graugelber Auswurf ein. Im Dezember 1903 — zum 6. Mal gravid. Wegen fortdauerndem Husten, Atemnot, Fieber, Seiten- und Brststechen und rascher Abmagerung wurde in der 10. Schwangerschaftswoche der künstliche Abort ausgeführt.

Perkutorisch-auskultatorische Untersuchung zur Zeit der Unterbrechung hat folgenden Befund ergeben: R. V. O. — Dämpfung, daselbst — verschärftes Exspirium, fast bronchial; R. H. O. — keine deutliche Schallveränderung L. V. O. und L. H. O — normal.

Nach dem Abort bedeutende Besserung. Das Fieber ist verschwunden, Seiten-, Brustschmerzen sind geringer. Ebenso ist der Husten milder geworden. Es bestand dann kein Auswurf. Im Laufe der nächsten Monate ca. 8 Pfd. zugenommen.

Bei der gegenwärtigen von mir vorgenommenen Untersuchung sagte sie, dass sie sich seit der Unterbrechung der letzten Schwangerschaft ziemlich wohl fühlt. An Husten und Atemnot leidet sie jetzt nicht und fühlt sich kräftiger als vorher. Gewicht — hat 68 Kilo ergeben. Perkutorisch-Auskultatorischer Befund ergibt jetzt B. V. O. — normal heller Schall. L. V. O. — Verkürzung des Schalles.

Hinten beiderseits eine leichte Dämpfung bis zum 3. Dornfortsatz.

Auskultation: H. O. — abgeschwächtes vesikuläres Atmen. sonst o. B.

5. Fall.

Jahr 1905. — Journal. N. 985/162.

Frau C. S., Kellnersfrau, 22 Jahre. 3. Gravida.

Als Kind gesund. Vater lebt und ist gesund. Die Mutter vor 17 Jahren an Tbe. pulmonum gestorben. 4 Geschwi ster sind gesund.

Im 18. Lebensjahre an Lungenspitzenkatarrh gelitten.

Nach 4wöchentlichem Verweilen in einer Lungenheilstätte — Besserung des Zustandes.

Im Jahre 1902 verheiratete sie sich.

Während der ersten Schwangerschaft und Entbindung — Wohlbefinden. 4 Wochen nachher — Auftreten von Kreuz-

Seitenschmerzen und Stechen über den Lungenspitzen. Das Kind lebt, aber leidet an Lungenspitzenkatarrh.

Nach 1¼ Jahr zum 2. Mal ein lebendes Kind entbunden, das nicht von der Mutter genährt wurde. Aber schon während der 2. Schwangerschaft bestanden fortwährende Schmerzen und Seitenstechen, die besonders nach der Entbindung heftiger geworden sind.

Weihnachten 1904 an Pneumonie erkrankt, und als sie nach der Heilung im Februar 1905 zum 3. Mal gravid geworden ist, trat eine bedeutende Verschlimmerung ein. Sie ist bedeutend schwächer und magerer geworden, über Spitzen- und Rückenschmerzen fortwährende Klagen, und zum Zwecke der Unterbrechung der Schwangerschaft wurde sie in die Klinik aufgenommen. Sie hat dann 52 Kilo gewogen, sah blass aus. Links vorne bestand ausgesprochene Dämpfung. Atmungsgeräusch über linker Lungenspitze — nicht rein. Links hinten — kleinblasiges Rasselgeräusch.

Der Abortus wurde im 2. Graviditätsmonate eingeleitet und schon sehr bald war eine bedeutende Besserung zu verzeichnen. Sie hat rasch im Gewichte um einige Pfunde zugenommen und weniger über Stechen und Schmerzen zu klagen gehabt.

Im Oktober 1906 — spontaner Abort nach 6wöchentlicher Schwangerschaft. Während der bestandenen Schwangerschaft — wiederum Abnahme der Kräfte und Zunahme von Beschwerden, die nach dem Abort verschwunden sind.

Im Februar 1908 zum 5. Mal gravid. Während der ersten 3 Monate — heftige Schmerzen, Stechen, Atemnot, Abmagerung. In der 2. Hälfte schienen diese Beschwerden etwas nachzulassen und im Oktober 1908 — also in 7½ Graviditätsmonate — Entbindung. Das Kind wurde lebend zur Welt gebracht, starb aber nach 9 Lebensmonaten an Hustenkrämpfen und Lungenentzündung.

Nach der Entbindung — keine Besserung, sondern im Gegenteil — rasche Abmagerung; mit dem Stechen, der Atemnot — war es auch schlimmer und noch jetzt klagt sie über geringe Schmerzen in der rechten Seite, sonst fühlt sie sich gut.

Perkussion ergibt jetzt vorne einen normalen hellen Schall; hinten bis zum 3. D.-fortsatz — leichte Abschwächung des Schalles beiderseits.

Auskultation vorne — rein versikulär. hinten — abgeschw. versicul. Atmen. keine Rasselgeräusche.

6. Fall.

Jahr 1906. — Journal N 1303/116.

Frau A. W., 23 Jahre alt, 3. Gravida — Arbeiterfrau.

Als Kind gesund. Vater und Mutter an Herzschlag gestorben. Von 5 Geschwistern 1 Bruder an Tbe. pulmonum gestorben. Die anderen sind gesund. Im Jahre 1901 Verheiratung.

Während der 1. Schwangerschaft im Jahre 1902 — Husten begonnen. Sie ist sehr elend geworden und beträchtlich abgemagert. 3 Monate nach der Hochzeit 126 Pfd. Gewicht. Während der Schwangerschaft — 89 Pfd.

Trotzdem hat die Frau das Kind weiter austragen wollen und es kam nach 6½ Grav.Monat spontan lebend zur Welt, aber es starb am Tage der Geburt.

Nach der Geburt hat sie sich rasch erholt, weil sie gute Pflege gehabt hat und am Gewicht zugenommen bis 106 Pfd.

Nach 7monatlicher Pause zum 2. Mal im Januar 1903 gravid. Während der letzteren Schwangerschaft viel an Unterleibschmerzen und Krämpfen gelitten und wegen dieser ist sie in die Klinik eingetreten, wo sie ein lebendes Kind geboren hat, das von der Mutter genährt wurde; aber es hustet, ist mager, blass und elend.

Ein Jahr nach der Entbindung — im Oktober 1904 — bekam sie zum ersten Mal — heftige Haemoptoe, Husten mit eitrig-blutigem Auswurf, Fieber, Nachtschweisse. Sie hat viel an Gewicht verloren. Im Jahre 1905 hat sich die Haemoptoe ca. 4—5 Mal wiederholt.

Und nun Ende November 1905 zum 3. Mal gravid. Eine bedeutende Verschlimmerung des Zustandes. Fortwährender Blutauswurf und andauerndes Fieber. Deswegen im Februar 1906 im 3. Graviditätsmonate — Einleitung des künstl. Abortus. Sie wurde dann mit 100 Pfd. im Gewichte entlassen, aber schon während des Sommers und dank der Pflege Zunahme im Gewichte von 8 Pfd. Mit dem Husten und Auswurf war es auch leichter.

Im November desselben Jahres trotz antikonzeptionellen Mitteln — zum 4. Mal gravid. Anfangs ging es sehr schlecht, aber in der 2. Hälfte ist es besser geworden. Die Hyperemesis verschwand, aber das Husten bestand fort, und am normalen Schwangerschaftsende wurge ein lebendes Kind geboren, das nicht von der Mutter genährt wurde. Es lebt, ist aber lungenleidend. Gleich nach der Entbindung — rasche Zunahme der Beschwerden, die sich im Blutspucken, Fieber und Abmagerung geäussert haben. Im Sommer 1909

zum 5. Mal gravid. Während dieser — 2 Mal heftige Haemoptoe, Erbrechen, Seitenstechen und am 28. August, im 2. Grav. Monate — Einleitung des künstl. Abortus. Nach demselben stellt sich eine Besserung ein, die sich vor allem in Gewichtszunahme geäussert hat. (Vor dem Abort — 104 Pfd. — jetzt 114 Pfd.).

7. Fall.

Jahr 1907. — Journal 1627/50.

Frau A. K., 34 Jahre alt. — Klavierarbeitersfrau. 5. Gravida.

Beide Eltern an Tbe. pulmonum gestorben. Von 5 Geschwistern ist 1 Bruder an Tbe. pulmonum gestorben. Die übrigen sind gesund.

Bis zur Hochzeit und während der ersten 3 Schwangerschaften stets gesund. Während der 4. Schwangerschaft eine Verschlimmerung (Fieber, Husten, Nachtschweisse), sie hat jedoch das Kind ausgetragen und es lebt, wurde aber nicht von der Mutter genährt. Im Dezember 1906 zum 5. Mal gravid, während welcher Zeit eine rasche Abnahme von Kräften, hohes Fieber, heftiger Husten und schleimig-eitriger Auswurf sich eingestellt haben; im 2. Grav. Monat wurde der Abort eingeleitet. Seit dieser Zeit ist eine bedeutende Besserung eingetreten. Es besteht kein Auswurf, Husten ist geringer, keine Nachtschweisse und sie hat auch im Gewicht 8 Pfd. zugenommen und wiegt jetzt — 101 Pfd.

8. Fall.

Jahr 1908. Journal 2524/463.

Fräulein A. Z., 30 Jahre alt. Arbeiterin — 1. Gravida. Vater, Mutter und 1 Schwester sind gesund.

Sie selbst hat mehrmals an Pleuritis gelitten und seit längerer Zeit besteht ein Lungenspitzenkatarrh.

Pat. zum 1. Male gravid am Ende Juli 1908. Während der Schwangerschaft stark abgemagert, an Nachtschweissen und Atemnot gelitten, ab und zu bestand auch Fieber; heftige Schmerzen und Stiche bestanden in den Lungenspitzen und in den seitlichen Thoraxpartien. Auch bestand Husten. Deshalb wurde anfangs Oktober 1908 im Anfange des 3. Graviditätsmonats der Abort eingeleitet. Schon gleich nach dem Abort trat eine Gewichtszunahme ca. 4 Pfd. ein, sie ist auch kräftiger geworden. Der Husten war milder, Atemnot und Fieber sind ganz verschwunden.

Jetzt fühlt sie sich matt, weil sie viel in einer Gasglühlichtfabrik zu arbeiten hat. Ab und zu bestehen Anstösse

zum Husten. Aber an Atemnot und Stichen leidet sie seit dem Abortus nicht mehr.

9. Fall.

Jahr 1908. Journal 2595/535.

Frau E. J., 23 Jahre alt, Arbeitersfrau. 2. Gravida. Als Kind gesund. Der Vater an Tbe. pulmonum gestorben. Die Mutter und 7 Geschwister leben, aber alle sind lungenkrank. Verheiratet seit einem Jahre. Gleich nach der Hochzeit — 1. Gravidität; — während derselben — Wohlbefinden. Geburt am normalen Schwangerschaftsende. Das Kind lebt, aber sieht elend aus und hustet viel. Gleich nach Entbindung — hat sie angefangen zu husten und zu fiebern. Seitenstiche, Nachtschweisse serös-schleimiger, manchmal blutiger Auswurf haben sich eingestellt. Während der 1. Gravidität — Gewicht 105 Pfd. Nach derselben — 98 Pfd. Gewicht.

Im September 1908 zum 2. Mal gravid. Wegen fortwährend sich verschlimmernden Zustandes — am 22. November, d. h. in der 10. Schwangerschaftswoche — Einleitung des Aborts.

Sie bemerkt jedoch auch hiernach keine Besserung. Der Husten, Auswurf und die Nachtschweisse bestehen noch heutzutage.

Gewicht — jetzt 85 Pfd.

10. Fall

Jahr 1908. Journal 2499/438.

Frau D., 24 Jahre alt, Metallarbeitersfrau. 4. Gravida. Verheiratet seit 6 Jahren. Als Kind und Mädchen stets gesund. Vater an Tbe. pulmonum gestorben. Mutter ist gesund. Ein Bruder ist lungenkrank.

Im 3. Graviditätsmonat der 1. Schwangerschaft hat sie eine schwere Pneumonie durchgemacht. Das Kind aber wurde am normalen Schwangerschaftsende geboren und ist gesund.

Das zweite Kind ist 2¼ Jahre nachher geboren worden, aber es hustet fortwährend; 1½ Jahre darauf wurde das 3. Kind geboren, das an Tbe. des Darmes gestorben ist. Pat. ist nach jeder Geburt immer schwächer geworden und während der 4. Schwangerschaft, die im Juli 1908 eingetreten ist — war das Befinden der Pat. so schlimm, die Stiche besonders beim Atmen und der Husten so heftig, dass im 2. Gr. Monate der Abort eingeleitet wurde.

Nach dem Aborte war sehr bald allgemeine Besserung zu konstatieren. Die Stiche und das Fieber sind verschwun-

den; sie wurde in eine Heilstätte geschickt, wo sie im Laufe von 6 Wochen 8 Pfd. zugenommen hat.

Am 10. Januar 1910 im 2. Grav. Monate die 5. Schwangerschaft unterbrochen wegen der im Laufe derselben aufgetretenen Beschwerden, die sich in Gewichtsabnahme, Nachtschweissen, hohem Fieber, Husten — geäussert haben.

Sie gibt jetzt an, dass alle diese Beschwerden nach der Unterbrechung der Gravidität — verschwunden seien; sie fühlt sich jetzt ziemlich wohl und kräftig.

11. Fall

Jahr 1908. Journal 2614/1554.

Fräul. D. G., 25 Jahre alt, Kontoristin — 2. Grav. Vater an Tbe. pulmonum gestorben. Mutter ist gesund. Von 6 Geschwistern sind eine Schwester und ein Bruder an Tbe. Pulmonum gestorben. Die übrigen sind gesund.

Während der 1. Schwangerschaft und nach derselben — Wohlbefinden. Das Kind wurde von der Mutter genährt. Es lebt und ist gesund, aber sieht blass aus. Im September 1907 erkrankte sie an Husten und Schmerzen im Rücken und Stichen über den Lungenspitzen. Auch hat sie etwas an Gewicht verloren. Sie wurde in eine Heilstätte gebracht, wo sie bis Oktober 1908 zugebracht und sich bedeutend erholt hat. Nach der Rückkehr trat zum 2. Mal Gravidität ein, und da sich der Zustand wiederum verschlimmerte und heftiger Husten mit grünlichem, schleimig-eitrigem Auswurf, in welche Tbe-bazillen gefunden wurden, auftrat, wurde sie im 2. Graviditätsmonate in die Klinik gebracht.

Am 3. 12. wurden 2 Tropfen einer 1% Lösung von Alt Tuberkulin in den linken Coniunvtivalsack eingeträufelt. Am 4. 12. fiel die Reaktion positiv aus und es wurde der Abort eingeleitet, nach welchem eine rasche Besserung eintrat. Der Husten, die Stiche, Atemnot, Nachtschweisse haben aufgehört und sie ist viel kräftiger geworden. Auch gegenwärtig fühlt sie sich sehr gut und frisch und gibt an, dass sie seit dem letzten Abort 8 Pfd. an Gewicht zugenommen habe.

12. Fall.

Frau S. N., 25 Jahre alt, Drehersfrau, 3. gravida. Hereditär nicht belastet. Als Kind — Pneumonie durchgemacht. Verheiratet seit 3 Jahren und seit dieser Zeit leidet sie an Lungenspitzenkatarrh.

Schon während der 1. Gravidität hat sie sich schwächer gefühlt. Infolge der Influenza wurde das Kind 6 Wochen vor dem normalen Schwangerschaftsende geboren. Die

ersten 10 Wochen von der Mutter ernährt, dann mit der Flasche. Es lebt, hustet jedoch.

Während der 2. Grav. hat sich Husten eingestellt. Das Kind wurde am normalen Schwangerschaftsende geboren, aber nicht von der Mutter genährt.

Während der 3. Schwangerschaft eine bedeutende Verschlimmerung. Heftige Schmerzen in den Lungenspitzen, Blutspucken. Perkussionschall über dem ganzen oberen hinteren Teil der Lunge abgeschwächt. Ebenso ist das Atmen verschärft. Es wurde ihr die Unterbrechung der Schwangerschaft anempfohlen, die im 2. Graviditätsmonate, obwohl die Ophtalmoreaktion positiv ausgefallen war, ausgeführt wurde.

Nach dem Abort — Verschwinden aller belästigenden Symptome und eine Gewichtszunahme. Am 9. April 1909 zum 4. Mal gravid. Wiederum — starker Husten, Atemnot, Stiche, Gewichtsabnahme, Abmagerung; im 2. Grav. Monate — Unterbrechung der Schwangerschaft.

Es trat dann wiederum eine Besserung des Zustandes ein, sie ist viel kräftiger geworden und fühlt sich auch jetzt sehr gut und arbeitsfähig.

13. Fall.

Jahr 1909. Journal 2708.

Frau H. W., 29 Jahre alt, Tischlersfrau — 6. gravida. Als Kind an Anämie gelitten, Schwester und Bruder an Phtise gestorben. Verheiratet seit 9 Jahren.

Während der ersten 3 Schwangerschaften Wohlbefinden. 2 Kinder sind gesund, das Dritte — ist an Enteritis gestorben.

Während der 4. Schwangerschaft bekam sie Husten, Fieber, auch hat sich eine Haemoptoe (9 Tage) eingestellt; es erfolgte im 2. Grav. Monate spontaner Abort. Auch die 5. Schwangerschaft wurde durch den spontanen Abort (1 Monat) unterbrochen. Während der 6. Schwangerschaft trat wiederum 8tägige Haemoptoe, Husten, Stiche in dem Rücken, Atemnot ein, auch ist sie bedeutend magerer und schwächer geworden, so dass im Anfange des 4. Gravid. Monate der künstliche Abortus eingeleitet wurde. Sie wog damals 86 Pfd.

Nach dem Abort erfolgte eine erhebliche Besserung; sie nahm wiederum an Gewicht zu (92 Pfd.) und wurde viel kräftiger. Auch der Husten und die Atemnot hörten auf.

14. Fall.

Jahr 1909. Journal 2933/287.

Frau B. K., 30 Jahre alt, Schleifersfrau. 9. Gravida. Der Vater an Lungentuberkulose gestorben. Zwei Schwestern

an Tbc. pulmonum gestorben. Verheiratet seit 11 Jahren. Während der ersten 8 Schwangerschaften — Wohlbefinden. Von den 6 lebenden Kindern leidet das eine an Lungentuberkulose. Die übrigen zwei Kinder an Tuberkulose der Lungen gestorben.

Als sie Mitte März 1909 zum 9. Mal gravid wurde — bemerkte sie eine allmähliche Verschlimmerung in ihrer Gesundheit. Es trat Husten mit schleimig-eitrigem Auswurf, Fieber, Atemnot insbesondere bei Treppensteigen — auf. Da sie immer schwächer wurde und an Gewicht viel verloren hatte, wurde in der 12. Schwangerschaftswoche der Abort eingeleitet.

Sie konnte danach eine erhebliche Besserung konstatieren: der Husten, das Fieber und die Atemnot sind geschwunden, sie ist viel kräftiger geworden und hat binnen einer kurzen Zeit 6 Pfd. zugenommen.

15. Fall.

Jahr 1909. Journal 3232/586.

Fräulein U., 29 Jahre alt, Arbeiterin 1. Gravida. Hereditär nicht belastet. Bis zum Eintritt der Gravidität — stets gesund.

Ende August 1909 — Eintritt der Gravidität. Bald begann sie viel zu husten, öfters an Nachtschweissen und Atemnot zu leiden. Sie ist ausserordentlich schwach geworden und hat viel an Schmerzen über den Lungenspitzen gelitten. Zum Zwecke der Unterbrechung der Schwangerschaft wurde sie von der Klinik aufgenommen. Die Perkussion ergab über den Lungenspitzen — eine leichte Dämpfung. Auskultation — trockenes Rasseln und leichtes bronchiales Atmen. Es wurde beschlossen, den Abort einzuleiten, was auch in der 10. Schwangerschaftswoche, obwohl die Ophtalmoreaktion positiv ausgefallen war, vorgenommen wurde. Das Gewicht vor der Unterbrechung der Schwangerschaft — 106 Pfd.

Pat. gibt an, dass nach dem Abort eine beträchtliche Besserung eintrat. Sie ist viel kräftiger geworden. Atemnot, Husten, Nachtschweisse sind geschwunden. Desgleichen war es mit dem Stechen und Schmerzen in den Lungenspitzen. Im Laufe der folgenden Monate hat sie ca. 20 Pfd. zugenommen und wiegt jetzt also 126 Pfd. Sie konnte schon sehr bald wieder ihre Arbeit aufnehmen.

Jetzt Perkussion: vorne — lauter Schall. Hinten: beiderseits eine leichte Dämpfung bis zum 3. Dornforts. der Brustwirbel.

Auskultation: vorne — beiderseits verschärftes versiculä-

res Atmen; hinten rechts — abgeschwächtes versic. Atmen; links — kaum wahrnehmbares trockenes Rasseln.

16. Fall.

Jahr 1909. Journal 3300/654.

Frau M. M., 24 Jahre alt, Malersfrau. — 2. Gravida. Vater an Tbe. pulmonum gestorben. Bruder lebt, ist aber lungenkrank. Als sie 16 Jahre alt war — stellte sich Husten mit schleimig-eitrigem, manchmal blutigem Auswurf ein. Verheiratet seit 4 Jahren. Nach 2 Jahren ist sie zum 1. Mal gravid geworden. Sie hat Kind ohne Beschwerden ausgetragen, aber während der Laktation trat eine solche Schwäche, derartiges Stechen und so starke Atemnot ein, dass sie die Laktation aufgeben musste. Im Laufe der folgenden Zeit begann sie langsam abzumagern. Binnen einiger Monate hat sie ca. 26 Pfd. abgenommen.

Mit dem Eintritt der 2. Grav. wurde es noch schlimmer. Sie begann wiederum zu husten; Fieber, Nachtschweisse sind wieder aufgetreten. Auch über Stechen im Bereiche der Lungenspitzen hat sie fortwährend geklagt. Es wurde beschlossen, in der 6. Schwangerschaftswoche den Abort einzuleiten. Ihr Gewicht war damals 96 Pfd. Der perkutorisch-auskultatorische Befund lautete:

Ueber beiden Lungenspitzen vorne und hinten Dämpfung. In dem Dämpfungsbezirk — bronchiales, klingendes Atmen, verlängertes Expirium überall, besonders rechts oben, hinten klein- bis mittelblasiges Rasseln.

Vorne — bronchiales Geräusch, spärlicher als hinten.

Nach dem Abort, ebenso wie heutzutage fühlt sie sich sehr wohl. Alle Beschwerden sind zum Teil ganz ver schwunden, zum Teil — bedeutend milder geworden. Allerdings ist sie jetzt viel kräftiger und ihr Gewicht beträgt 101 Pfd.; sie hat also 5 Pfd. zugenommen.

Perkussion: vorne links heller Schall. Rechts abgeschwächter Schall. Hinten beiderseits eine leichte Dämpfung bis zum 3. D.Fortsatz.

Auskultation — vorne beiderseits — verschärftes versiculäres Atmen. Hinten leichtes bronchiales Atmen.

17. Fall

Jahr 1910. Journal 3417.

Frau M., 24 Jahre alt. Zeichnersfrau. 2. Gravida. — Als Kind gesund. Hereditär nicht belastet. Seit 4 Jahren verheiratet. Während der 1. Schwangerschaft. Wohlbefinden.

Gleich nach dem Eintritt der 2. Schwangerschaft bekam sie fortwährenden Husten, Atemnot, Stiche und Schmerzen

im Rücken und in der Brust. Sie hat während der ersten 10 Schwangerschaftswochen auch 5 Pfd. an Körpergewicht verloren, und es wurde ihr empfohlen, die Schwangerschaft unterbrechen zu lassen. Sie wurde am 17. Januar 1910 in die Klinik gebracht, wo folgender Perkussions-Auskultations-Befund festgestellt wurde:

Schall vorne o. B., hinten abgeschwächt.

Ueber beiden Spitzen etwas rauhes Atmen, rechts — etwas verlängertes Expirium.

Am 18. 1. — Ophtalmoreaktion +.

Trotzdem am 20. 1. Einleitung des künstlichen Abortes.

Nach dem Abort — wesentliche Besserung. Stiche, Husten, Atemnot — geschwunden. Der Appetit stellte sich ein und sie fühlte sich auch sonst besser und kräftiger.

Zur Verhütung der weiteren Schwangerschaft — Occlusivpessarium und Spülungen mit Holzessig. Trotzdem — Ende März — zum 3. Mal gravid. Während dieser wieder eine Verschlimmerung: Husten mit grau-grünlichem Auswurf, Atemnot, Nachtschweissen, Abmagerung. Am Ende des 4. Schwangerschaftsmonats ist sie in die Klinik zum Zwecke der Abortuseinleitung gekommen, die aber mit Rücksicht auf die fortgeschrittene Schwangerschaft abgelehnt wurde. Sie leidet jetzt noch an Stichen und Schmerzen im Bereiche der Lungenspitzen.

18. Fall.

Jahr 1910. Journal 3502.

Frau C. A., 31 Jahre alt, Tischlermeistersfrau. 4. gravida. Die Eltern sind gesund. Von 8 Geschwistern leidet nur eine Schwester — die jüngste — an Lungenspitzenkatarrh. Verheiratet seit 7 Jahren.

Während der 1. Schwangerschaft hat sie rechts besonders an den Lungen bemerkt. Sie ist nur schwächer geworden, hat aber das Kind ausgetragen. Im Jahre 1904 — zum 2. Mal gravid. Sie ist immer magerer geworden; im 3. Gravid-Monate erfolgte spontaner Abort.

Im Jahre 1908 zum 3. Mal schwanger. Keine Lungenerscheinungen. Nur Mattigkeit, Appetitlosigkeit und Schwäche. Geburt am normalen Schwangerschaftsende. Das Kind lebt, sieht aber blass aus.

Zu Weihnachten 1909 — Eintritt der 4. Schwangerschaft. Während derselben traten zum 1. Mal heftige Rückenschmerzen, besonders beim Liegen, Husten mit schleimig-eitrigem Auswurf auf. Während einiger Tage bestand auch Haemoptie; sie ist während der ersten 2 Schwangerschaftsmonate be-

deutend abgemagert und hat ca. 13 Pfd. verloren. (118 bis 105). Da sich der Zustand verschlimmerte — wurde ihr die Unterbrechung der Gravidität empfohlen.

Perkut.-Auskultatorischer Befund lautete:

Ueber der rechten Lungenspitze hinten etwas gedämpfter Schall. Daselbst auskultatorisch verschärftes In- und Exspirium; vereinzelte Rasselgeräusche. Ueber der linken Spitze ebenfalls verschärftes Atmen. Es wurde am Ende des 2. Grav.-Monats der Abort eingeleitet, und seit dieser Zeit fühlte sie sich stärker und besser. Seit dieser Zeit kein Husten, Auswurf, keine Nachtschweisse. Im Laufe der letzten 6 Monate — 14 Pfd. an Gewicht zugenommen.

Von mir aufgenommener Perkutorisch-auskultatorischer Befund lautet:

Vorne und hinten über den Lungenspitzen — normaler, heller — voller Schall. Ebenso über anderen Lungenpartieen.

Ueber der linken Lungenspitze — etwas verschärftes Inspirium: sonst versiculäres Atmen.

19. Fall.

Jahr 1910. Journal 3466.

Frau M. G., 34 Jahre alt, Hausdienersfrau 8. Graviada. Hereditär nicht belastet. Als Mädchen stets gesund. Im 24. Lebensjahre geheiratet.

Während der 1. Grav. — Wohlbefinden. Das Kind nur 4 Wochen von der Mutter ernährt, weil Stiche über Lungenspitzen und Rückenschmerzen auftraten, die nach Sistierung der Laktation verschwanden. Im Jahre 1903 — zum 2. Male Gravidität, die durch eine spontane Fehlgeburt im 3. Grav.-Monate unterbrochen wurde.

Während der 3. und 4. Schwangerschaft — Wohlbefinden. Die Kinder wurden nicht von der Mutter genährt. Trotzdem gibt sie an, dass nach der 4. Schwangerschaft sie sich „furchtbar schlecht gefühlt habe und tüchtig abgemagert sei".

Nach der 5. Gravidität ist sie schwächer geworden. Sie litt öfters an Ohnmachtsanfällen und Schwindel, dabei magerte sie ab.

Im Jahre 1909 zum 6. Male gravid. Im Laufe derselben ist sie immer schwächer und schwächer geworden, hat viel über Kreuzschmerzen und Nachtschweisse geklagt. Am normalen Schwangerschaftsende — ausgetragenes Kind, welches lebt, aber an einem furchtbaren Husten leidet und sehr schlecht aussieht. Nach dieser Schwangerschaft bemerkte sie einen allmählichen Verfall der Kräfte, sie litt an Atemnot,

Rückenschmerzen und war infolge dessen einige Monate bettlägerig.

Im Jahre 1910 — 7. Gravidität. Sogleich stellten sich Husten mit gelblich-grünlichem Auswurf, Seitenstiche, Atemnot, Abmagerung, Nachtschweisse wieder ein. Zum Zwecke der Schwangerschaftsunterbrechung wurde sie in die Klinik gebracht.

Perk.-Ausk. Befund lautete dann:

Ueber beiden Spitzen vereinzeltes Rasseln; Bronchiales Exspirium, rechts stärker als links.

Gewicht damals 111 Pfd.

Es wurde im 2. Grav.-Monate der Abort eingeleitet. Sofort — eine rasche Besserung und Verschwinden der Beschwerden, ausserdem Zunahme des Gewichtes. (Nach 3 Monaten — 5 Pfd.).

Im Juni 1910 — zum 8. Mal gravid. Wiederum begann der Husten stärker zu werden, jeden Morgen viel grünlich-eitriger Auswurf, Stiche, Seitenschmerzen, Atemnot und Schwäche.

Im 3. Gravid.-Monate — Einleitung des Abortes. Seit dieser Zeit fühlt sie sich „tadellos“ und kräftig. Von mir aufgen. perk. Auskult. Befund:

Ueber der rechten Lungenspitze — eine Dämpfung, hinten links oben — Verkürzung des Schalles. Sonst o. B.

Ueber der linken Spitze vorne — vereinzelte trockene Rasselgeräusche. Hinten abgeschwächtes versiculäres Atmen. Sonst normal.

Gewicht — 114 Pfd.

An 5 Patientinnen, deren Erscheinen in der Klinik zum Zwecke der Nachuntersuchung durch Familienverhältnisse verhindert worden war — wurden von mir Anfragen gerichtet mit der Bitte um Bescheid, den ich jetzt aufführen werde.

20. Fall

Jahr 1906. Journal 1234/48.

Frau G. H., 34 Jahre alt, Arbeitersfrau, 8. gravida. Als Kind gesund. Hereditär nicht belastet. Mann — gesund. Während der ersten 6 Schwangerschaften — Wohlbefinden. Nach der 6. Schwangerschaft — Fieber im Wochenbette von Stägiger Dauer. Kinder leben und sind gesund. Im Jahre 1903 zum 7. Mal gravid, aber im 2. Grav.-Monate spontaner Abort.

Noch vor dieser Schwangerschaft begann sie an den Lungen zu leiden. Es wurde Apicitis bilateralis katarrhalis

diagnostiziert. Sie litt an Nachtschweissen. Im Laufe der nächstfolgenden Zeit fühlte sie sich schwächer.

Am 28. Nov. 1905 — zum 8. Mal gravid. Es stellte sich dann Husten mit grau-grünlichem Auswurf ein. Einige Tage bestand Haemoptoe. Sie ist magerer geworden. Den Appetit hat sie vollständig verloren.

Sie wurde im 2. Grav.-Monate in die Klinik zur Unterbrechung der Schwangerschaft gebracht.

Gewicht bei Aufnahme 106 Pfd. Perk. Ausk. Bef.:

Atmung auf beiden Seiten gleichmässig. Tiefe Einziehung der Supraclaviculargruben. Linke Spitze stärker gedämpft, als die rechte. Besonders ausgesprochene Dämpfung links hinten oben bis zum 2. Brustwirbel. Links unten — lauter Perkussionschall. Ueber beiden Spitzen verschärftes Inspirium, keine Rasselgeräusche. Sonst o. B. Es wurde der Abort eingeleitet. Nach 2 Wochen ist sie entlassen worden; an Gewicht hat sie schon bei der Entlassung 3 Pfd. zugenommen.

Nach ihrer jetzigen Angabe — besteht kein Husten, kein Auswurf, keine Nachtschweisse oder Seitenschmerzen mehr. Die Atmung ist freier geworden und sie fühlt sich ganz kräftig und arbeitsfähig.

Ihr Gewicht heutzutage 118 Pfd.

21. Fall.

Jahr 1907. Journal 1990/412.

Frau L., 33 Jahre alt, Schriftsetzersfrau. 3. Gravida. Als Kind gesund. Vater an Diabetes mel. Mutter an Tbc. pulmonum gestorben.

5 Schwestern und 1 Bruder sind gesund. Während der 1. Schwangerschaft — Wohlbefinden. Das Kind lebt und ist gesund.

Im Jahre 1900 — zum 2. Mal gravid. Das Kind am normalen Schwangerschaftsende geboren. Aber nach dieser Geburt fühlte sie sich sehr elend, schwach und kraftlos. Sie ist lungenleidend geworden, und musste ca. 6 Monate in einer Heilstätte verbringen. Vor 5 Jahren — Pneumonie, nach deren Heilung — sie an Nachtschweissen und Atemnot zu leiden begann.

Nach dem Eintritt der 3. Schwangerschaft im November 1907 hat sich ihr Zustand wesentlich verschlimmert. Sie magerte ab und hustete viel.

Perk.-Ausk. Bef.:

Ueber der ganzen linken Lunge ist der Schall gedämpft, besonders hinten und vorne unter der Clavicule. Das Atmen ist bronchial, verschärft, doch keine Rasselgeräusche zu hö-

ren. Rechts unten der Clavicula — verschärft. Versicul. Atmen mit vereinzelten kleinblasigen Rasselgeräuschen. Stimmfremitus deutlich verstärkt.

Im 2. Grav.-Monate — künstlicher Abort. Sie gibt in ihrem Berichte an, dass obwohl der Husten und Auswurf nach der Operation geringer wurden, sie sich trotzdem sehr schwach fühlte. Sie hat vielleicht noch 10 Pfd. an Gewicht verloren, und die Atemnot bestand noch weiter fort.

Jetzt fühlt sie sich kräftiger und frischer und wiegt 91 Pfund und hat somit 5 Pfund im Laufe der letzten 3 Jahre zugenommen.

22. Fall.

Jahr 1907. Journal 1986/408.

Frau T., 34 Jahre alt, Bäckermeistersfrau, 7. Gravida. Sie ist erblich belastet (Vater und eine Schwester der Mutter sind an Phthisis pulmonum gestorben).

Sie hat insgesamt 3 normale Entbindungen und 3 spontane Fehlgeburten durchgemacht. Letzte Geburt — Juli 1906. Letzte Fehlgeburt im 3. Monate im Mai 1907. Gleich danach erkrankte sie an der Influenza, und im Anschluss daran begann sie an der Lunge zu leiden. Der sie behandelnde Arzt fand bei ihr eine Infiltration der Spitzenpartie des linken Oberlappens. Es trat eine starke Abmagerung ein. Nachtschweisse, Atemnot, Auswurf, (objektive Schallverkürzung, reichliches kleinblasiges Rasseln) und es wurde ihr empfohlen, in einer Heilstätte sich der Behandlung zu unterziehen, was auch geschah. Sie hat eine 5wöchentliche Kur in St. Andreasberg durchgemacht. Der Erfolg war ein guter, wurde aber durch den Eintritt einer neuen Schwangerschaft wieder zunichte gemacht.

Sie hat während der 8 Wochen der letzten Schwangerschaft ca. 13 Pfd. verloren Es erneuten sich der Husten, Auswurf und die anderen Beschwerden.

Objektiv konnte man über der linken Lungenspitze vereinzeltes kleinblasiges Rasseln, verschäftes Expirium und Schallverkürzung konstatieren. Und deshalb, um den Krankheitsprozess vor dem Weiterfortschreiten zu verhüten — wurde am Ende des 2. Grav.-Monats der Abort eingeleitet. Gleich nach dem Eingriff bemerkte die Pat. eine Besserung der Atmung und der Stiche. Auch der Husten und Auswurf liessen nach. Sie gibt an, dass sie sich jetzt sehr gut fühlt. An Gewicht hatte sie ca. 10 Pfd. zugenommen und kann ohne irgendwelche Ermüdung jede Arbeit leisten.

23. Fall.

Frau J. M., 25 Jahre alt, Kaufmannsfrau. 4. Gravida. Mutter an Tbe. pulmonum gestorben. Schwester lungenkrank. Während der ersten 2 Schwangerschaften — normales Befinden. Die Kinder sind bloss 8 Wochen wegen Mangel an Milch von der Mutter genährt worden.

Nach der letzten Entbindung (1907) ist sie schwächer, matter geworden und begann über Lungenspitzenstiche und Schmerzen zu klagen. Am 1. September 1908 ist sie wiederum zum 3. Mal schwanger geworden; jedoch wurde die Schwangerschaft durch einen spontanen Abort im 2. Monat unterbrochen. Seit dieser Zeit leidet sie fortwährend an Husten mit grau-gelblichem Auswurf und Atemnot. Alle diese Beschwerden haben sich nach dem Eintritt der 4. Gravidität (14. Juni 1909) in erheblichem Maasse gesteigert.

Da sie immer schwächer und kraftloser wurde und der Husten an Intensität zunahm, und sie selbst beträchtlich abmagerte (ca. 9 Pfd. während der 9. Schwangerschaftswoche) — wurde der Abortus eingeleitet.

In ihrem Berichte erklärte sie, dass gleich nach dem Abort eine bedeutende Besserung eingetreten sei; sie hat an Gewicht ca. 5 Pfund zugenommen, der Husten und Auswurf waren geringer. Die Seitenstiche bezw. Schmerzen sind ganz verschwunden und die Atmung ist freier geworden.

Momentan glaubt sie sich wohl zu befinden, hat einen guten Appetit und wiegt 105 Pfd. (Zunahme seit der Operation — 12 Pfd.).

24. Fall.

Jahr 1909. Journal 3043/397.

Frau E. F., 31 Jahre alt, Mechanikersfrau. 3. Gravid. Schwester leidet an Lungenspitzenkatarrh. Eine Tante ist an Tbe. pulmonum gestorben. Verheiratet seit 2½ Jahren, Leidet an einem Magenkatarrh. Sie hat eine Nephritis durchgemacht.

Während der 1. Schwangerschaft Wohlbefinden. Dieselbe wurde durch Forceps beendet. Die 2. Schwangerschaft wurde im Oktober 1908 durch Geburt eines gesunden Kindes beendigt. Seit dieser Zeit begann sie an Atemnot und Schwäche zu leiden. Es stellten sich Stiche und Schmerzen über den Lungenspitzen ein.

Nach dem Eintritt der 3. Schwangerschaft am Ende Mai 1909 gesellten sich zu den schon bereits vorhandenen Beschwerden — Husten, grau-gelblicher Auswurf, Fieber und

Nachtschweisse hinzu, so dass die Schwangerschaft in der 10. Woche durch den Abort unterbrochen werden musste.

Die Patientin gibt an, dass nach dem Abort gleich eine rasche Besserung eingetreten sei, sie fühlte sich ganz munter, auch war der Appetit gut und alle bis dahin vorhandenen Schmerzen und das Gefühl von Mattigkeit waren fort.

Heutzutage Wohlbefinden, gutes Aussehen, fühlt sich kräftig und frisch.

Diese zur Beobachtung gelangten 24 Fälle gehörten alle mit Ausnahme von 2 Fällen (2 und 23) der armen, arbeitenden Bevölkerungsklasse an.

Der Beschäftigung nach waren es zumeist Näherinnen oder Arbeiterfrauen, die ausser ihrer Hauswirtschaft noch separat Arbeit leisten mussten, um die Ausgaben des Haushaltes zu decken.

Die Zahl der verheirateten Frauen betrug 21, während 3 Fälle (8, 11, 15) ledigen Standes waren. Das Alter schwankte zwischen 22 und 34 Jahren, die überwiegende Zahl bildeten die Mehrgebärenden (22 : 2), darunter ein 4 Gravide (Fall 14).

Eine erbliche Belastung bestand sicher in 13 Fällen, in 3 Fällen war sie zweifelhaft und in 8 Fällen wurde sie in Abrede gestellt; ferner sind in 3 Fällen die Erscheinungen der Tuberkulose in der Pubertät zum Vorschein gekommen.

In einem Falle hat sich die Tuberkulose nach der Heirat entwickelt.

In 8 Fällen manifestierte sich die Krankheit während der Schwangerschaft und das beweist die Richtigkeit der von Rosthorn, Pronst und anderen gemachten Erfahrungen über den Ausbruch der Tuberkulose während der von ihnen beobachteten Schwangerschaften.

Bei der Mehrzahl der zuletzt erwähnten Fälle (7, 10, 13, 18 und 19) ist nach jeder vorhergegangenen Schwangerschaft der Zustand immer schlechter geworden. Es ist zweifel-

los, dass die in einer raschen Reihe nacheinanderfolgenden Schwangerschaften und Entbindungen zur Entwicklung der Krankheit vieles beigetragen haben.

Während der Laktation sind die ersten Erscheinungen der Schwindsucht in 2 Fällen aufgetreten.

Nach den Entbindungen — in mehr oder weniger grossen Zeiträumen von derselben entfernt — ist die Tuberkulose in 9 Fällen zu Tage getreten.

Es ist also klar, dass der von Auvard ausgesprochene geburtshilfliche Standpunkt über die Gefahren der Ehe, Schwangerschaft und Laktation für Mädchen mit hereditärer Belastung oder schwächlicher, zur Tuberkulose praedisponierender Konstitution — der von zahlreichen glänzenden Autoren acceptiert wurde, — auch in dem von mir angeführten klinischen Material seine volle traurige Bestätigung gefunden hat.

Erst neulich in der 82. Versammlung der Deutschen Naturforscher und Aerzte in Königsberg wurde auch von Hofbauer der Gravidität eine Verschlimmerung der Tuberkulose zugeschrieben.

Der künstliche Abort wurde in allen 24 Fällen ausgeführt und zwar dann, wenn eine objektiv oder subjektiv deutlich zu konstatierende Verschlimmerung des Zustandes eingetreten war.

Unter denjenigen Symptomen, die besonders häufig auftraten und fast in jedem einzelnen Falle eine Verschlimmerung des Zustandes herbeiführten — prävalieren folgende: Husten mit teils grünlich-eitrigem, teils gelblich-grauem oder schleimigem Auswurf, Atemnot, Stiche und Schmerzen im Rücken und

über den Lungenspitzen. Ausserdem bestand in 9 Fällen — Fieber, in 5 Fällen — Haemoptoe.

Besonders charakteristisch ist aber die erhebliche Abmagerung, die in allen Fällen mit dem Eintritt der Gravidität stattgefunden hat. In einzelnen Fällen hat diese Gewichtsabnahme einen sehr erheblichen Grad erreicht. So z. B. im Falle 23 hat die Frau während der 10 Schwangerschaftswochen — 9 Pfund, im Falle 22 — binnen 8 Schwangerschaftswochen 13 Pfd. und im Laufe der 6 Schwangerschaftswochen — 13 Pfund verloren.

Wenn wir von allen anderen Symptomen absehen, so scheint mir, dass diese ausserordentliche Gewichtsabnahme allein uns den eklatanten Beweis für die schädigende Wirkung der Schwangerschaft bei tuberkulösen Frauen liefert und uns zwingt, so rasch wie möglich die armen Frauen von ihren Qualen zu befreien.

In einzelnen Krankheitsgeschichten konnte ich auch den deutlichen Beweis erbringen, dass auch eine objektive Verschlimmerung stattgefunden hat. So finden wir in manchen Fällen ausser einer ausgesprochenen Dämpfung über den Lungenspitzen auch eine solche, die bis zum 3. Dornfortsatz hinreichte und daselbst abgeschwächtes Atem.

In 5 Fällen bestand deutliches Bronchialatmen, mit spärlichen, klein- bis mittelblasigen Rasselgeräuschen — ein deutliches Zeichen für das Fortschreiten des krankhaften Prozesses.

Die Ophtalmoreaktion wurde in 4 Fällen ausgeführt und ist positiv ausgefallen.

Trotzdem hat Prof. Strassmann kein grosses Ge-

wicht auf sie gelegt und hat in allen Fällen den künstlichen Abort vorgeschrieben.

Was den Zeitpunkt der Ausführung des Eingriffs betrifft, so ergibt unsere Statistik folgendes:

In 14 Fällen wurde der Abort im 2. Monat, in 9 Fällen im 3. Monat und in 1 Fall anfangs des 4. Monats ausgeführt.

Die Schwangerschaft wurde also in dem ersten Drittel unterbrochen, weil die Frauen dann wenig Blut verlieren, nicht viel Schmerzen erleiden und sich schnell erholen!

Gehen wir nun zu den Resultaten, die dieser therapeutische Eingriff nach sich gezogen hat, über, so kommen wir zur Ueberzeugung, dass der künstliche Abort in fast allen Fällen (mit Ausnahme von 2 Fällen) eine glänzende Wirkung gezeigt und eine vortreffliche Besserung bewirkt hat!

Diese auffallende Besserung hat sich vor allem in einer rasch nach der Operation stattgefundenen Gewichtszunahme geäussert.

In einzelnen Fällen, wie z. B. bei dem Fräulein U. (Fall 15) hat eine Gewichtszunahme von 20 Pfd. binnen einigen Monaten stattgefunden.

Ausserdem sind die anderen belästigenden Symptome — Husten, Auswurf, Atemnot, Nachtschweisse ebenfalls vollständig verschwunden.

Die Frauen konnten freier atmen; manche Frauen gaben selbst an, dass sie sich „tadellos" fühlten. Sie sind viel kräftiger geworden, sie konnten wiederum ihre Arbeit aufnehmen und darin besteht vor allem die grosse Bedeutung des Eingriffs!

Die subjektiv wahrnehmbare Besserung stimmt vollständig mit dem objektiv nachweisbarem Befund überein!

Von klein- bezw. mittelblasigen Rasselgeräuschen war nichts mehr zu hören!

Insbesondere ist die therapeutische Bedeutung des Aborts in jenen Fällen viel auffallender in denen nach dem Eingriff später nochmals eine Schwangerschaft aufgetreten war, die normal beendet wurde.

Wenn man das Befinden der Frauen nach dem künstlichen Abort und nach der eventuell später ausgetragenen Schwangerschaft vergleicht (Fälle 1, 2, 5, 6), so kommt man zweifellos zur Ueberzeugung, dass der künstliche Abort bei solchen armen Frauen ein ausgezeichnetes, unersetzliches therapeutisches Mittel darstellt.

Ferner möchte ich noch bemerken, dass in 5 Fällen (5, 13, 19, 20 und 23) die Schwangerschaft durch einen spontanen Abort unterbrochen wurde. Im Falle 13 — wurden sogar zwei nacheinanderfolgende Schwangerschaften durch eine spontane Fehlgeburt im 2. Graviditätsmonate beendet.

Ob diese Fälle einen Beweis dafür liefern, dass die Tuberkulose, ebenso wie Lues, als direkte Ursache einer spotanen Schwangerschaftsunterbrechung anzunehmen ist — mag ich nicht entscheiden!

Die Technik, welche Prof. Strassmann zur Einleitung des Aborts einschlägt, ist folgende:

Desinfektion der äusseren Genitalien und der Vagina. Fassen der Portio mit einer Kugelzange. Dilatation — bei geschlossenem Muttermunde — der Cervix mit Hegar's Dilatatoren soweit, wie es ohne Gewaltanwendung geschehen kann.

Jetzt kommen zwei Eingriffe in Betracht:

Das Curettement und die Tamponade.

In denjenigen Fällen, wo die Länge des Uterus

noch 12 cm nicht erreicht hat — also dort, wo der Uterus dem 2., höchstens dem Anfang des 3. Monats entspricht — wird, insbesondere, wenn die Frau in Narkose liegt, sofort curettiert.

In allen anderen Fällen wird die Cervix und das Carum Uteri mit Jodoformglyzeringaze tamponiert.

Prof. Strassmann lässt den Tampon im allgemeinen nicht länger als 24 Stunden liegen, da diese Zeit genügt, um den gewünschten Erfolg herbeizuführen; bei vorgeschrittener Schwangerschaft dehnt er die Tamponade auch bis zu 2 Tagen aus. Natürlich wird die Temperatur häufig kontrolliert, um bei Anstieg derselben den Tampon sofort zu entfernen.

Hat sich die Cervix nicht genügend erweitert — so wiederholt man die Tamponade. Bei der Unterbrechung der Schwangerschaft, die schon über 3 Monate hinausbesteht — wird das Ei, bezw. Frucht spontan mit der Tamponade in die Scheide geboren oder es kann bei mangelhaften Wehen manuell entfernt werden.

Darauf folgt die Uterusausräumung.

Bei fieberlosem Verlauf bedürfen die Frauen einer Nachbehandlung mit Bettruhe von 7—10 Tagen!

Um eine weitere Conzeption und deren schädigende Wirkung auf die Tuberkulose zu vermeiden und um einer Wiederholung des künstlichen Aborts vorzubeugen — werden jeder die Klinik verlassende Frau — anticonceptionelle Mittel anempfohlen.

Zu den letzteren gehören: Spülungen nach jeder Kohabitation mit Holzessig oder nach Prof. Strassmann mit folgender Lösung: Zinc. sulf., Acid. bor., Alaun aa 100,0 und Occlusivpessarien.

Obwohl jede einzelne Frau diesen Ratschlägen des Arztes angeblich mit Fleiss folgte — sehen wir dass dennoch in 9 Fällen nach dem in der Klinik

ausgeführten Abort wiederum eine Schwangerschaft aufgetreten ist!

In einzelnen Fällen wurde sogar eine mehrfache Schwangerschaft beobachtet!

So im Falle 2, 5 und 6 — ist die Conzeption zwei Mal eingetreten. Im Falle 3 sogar 3 mal!!

In 5 Fällen wurden spätere Schwangerschaften wiederum durch einen künstlichen Abort unterbrochen.

Wir sehen also, dass die oben angeführten anticonzeptionellen Mittel keine sichere Wirkung ausübten, resp. dass sie nicht immer in der vorgeschriebenen Weise angewendet wurden.

Deshalb hat man in der neueren Zeit zum Zwecke der Verhütung der weiteren Conzeption verschiedene operative Methoden vorgeschlagen, die aber in den Kreis der strengsten und engeren Indikation eingeschlossen werden müssen!

So hat Prof. Dührssen[49]) bei tuberkulösen oder sonst schwerleidenden Frauen, die schon Kinder geboren hatten, und deren Leiden durch die Gravidität verschlimmert worden war — eine Unterbindung oder Resektion der Eileiter von der Vagina aus vorgenommen und dadurch nicht nur eine weitere Schwangerschaft verhütet, sondern auch „die Freude gehabt, dass diese Frauen dann förmlich aufgeblüht sind", was auch im Interesse der schon lebenden Kinder nur zu wünschen gewesen sei!

Chrobak[50]) ist der Meinung, dass die Sterilisierung nur dann vorgenommen werden darf, wenn eine Sicherheit oder wenigstens die grösste Wahrscheinlichkeit der Unheilbarkeit der sie indizierenden Erkrankung oder der „andauernd gefahrdrohende Zustand bei Gegenwart von Schwangerschaft fortbesteht"!

Und unter verschiedenen Indikationen, die zur Sterilisierung einen Anlass geben — nennt er auch die Tuberkulose.

Insbesondere muss man, nach seiner Anschauung, diejenigen Fälle für diese Sterilisierung im Auge haben, die hereditär belastet sind und bei denen „der Lungenprozess stationär bleibt oder chronisch verläuft, in denen aber eine sexuelle Abstinenz unmöglich ist und der Gebrauch anticonzeptioneller Mittel versagt hat, oder aus irgendwelchen, vielleicht aus moralischen bezw. religiösen Beweggründen abgelehnt wird".

Er gibt ferner zu, dass „ein Missbrauch der Sterilisierung auf die obengenannte Indikation hier in der heutigen operationslustigen Zeit leicht stattfinden kann", doch hält er es für ungerechtfertigt ein Mittel deshalb zu verwerfen, weil man dasselbe missbrauchen kann!

In der am 18. September 1910 stattgefundenen Versammlung der Naturforscher in Königsberg haben sich viele Autoren für die Sterilisierung ausgesprochen.

So fand Kraus[51]), dass allein die Schwangerschaftsunterbrechung bringt noch relativ wenig Nutzen! Einen Erfolg bei tuberkulösen Graviden kann man nur in der Sterilisierung derselben erblicken.

Mayer ist ebenfalls für die Sterilisierung und empfiehlt als die beste Methode die Sterilisation nach Selheim, welche eventuell ein späteres Reparieren ermöglicht. Neu — sterilisiert durch Herausleitung der Tube aus dem Leistenkanal.

Auch Bumm[35]) empfiehlt, um den künstlichen Abort nicht „alle paar Monate" zu wiederholen — entweder den Frauen Schutzmittel zu verordnen oder zu sterilisieren.

Er beschreibt 3 Fälle, die leicht conzipierten, bei

denen jede Schwangerschaft eine Verschlimmerung des Lungenbefundes hervorgerufen hat.

Da die Frauen schon viel lebende Kinder hatten, so hat er zur Beseitigung der Conzeption — eine totale Exstirpation des Uterus mitsamt den Ovarien vorgenommen!

Dadurch wollte er:

1. durch Ausschaltung des Wochenbettes eine rasche Reconvaleszenz und

2. durch die Unterdrückung der Menstruation — einen Fettansatz und eine solche Stoffwechseländerung erhalten, welche die Tuberkulose günstig beeinflussen sollte.

Er berichtet weiter, dass die Rekonvaleszenz überraschend schnell erfolgt sei.

Ob die Extirpation der Ovarien einen günstigen Einfluss auf die tuberkulösen Veränderungen bewirken, können nur weitere Beobachtungen entscheiden.

Mit Bumm sind viele Autoren, wie Jaschke, Doederlein, Dützmann einverstanden und alle empfehlen eine totale Exstirpation des Uterus mitsamt der Ovarien, als radikales Mittel zur Beeinflussung des tuberkulösen Prozesses.

Prof. Strassmann hält es für wünschenswert, den Frauen die Ovarien zu erhalten. Die nach der Uterusextirpation eintretende Amennorrhoe führt erfahrungsgemäss ebenfalls zur Fettbildung Die oft allmählich eintretende Atrophie der Ovarien lässt die Ausfallserscheinungen nur in sehr geringem Masse empfinden, während die Herbeiführung eines plötzlichen Climakteriums durch Ovarienextirpation doch recht häufig zu sehr bedenklichen Ausfallserscheinungen, ja nicht selten bei jugendlichen Frauen zu Psychosen führt.

Die wiederholt unternommene Unterbindung der Tuben zum Zweck der Sterilisation hat keinen absoluten Schutz gegen die Conzeption gewährt. Gün-

ther [52]) hat in seiner Inauguraldissertation (1901) „Ueber operative Sterilisation durch Tubenresektion“ eine Anzahl von Fällen mitgeteilt, die beweisen, dass die Tubenunterbindung nur unsichere Resultate ergibt. Hingegen befürwortet er entschieden die Tubenresektion zum Zweck der Sterilisierung. Jedoch handelt es sich bei seinen Fällen nicht um Tuberkulose, sondern um Patientinnen, bei denen die Gravidität in anderer Weise das Leben gefährdet hätte.

Von Prof. Strassmann wurde ebenfalls in 3, von mir gleich zu erwähnenden Fällen, bei denen jede vorhergegangene Schwangerschaft einen stark fördernden Einfluss auf die Tuberkulose ausübte — die vaginale totale Exstirpation des Uterus o h n e die Ovarien ausgeführt!

1. F a l l.

Jahr 1909. Journal 2908/262.

Frau C. K., 29 Jahre alt, 9. Gravida. Schlossersfrau. Vater an Herzlähmung gestorben. Mutter und Geschwister sind gesund.

Als Kind — Masern, Nasen-Diphteritis durchgemacht. Im 18. Lebensjahre schwerer Lungenkatarrh. 3 Wochen darauf Gelenkrheumatismus.

Mit 20 Jahren Influenza und Pneumonie von 2monatl. Dauer. Vor 2 Jahren — Aufenthalt während 3 Monaten in einer Lungenheilstätte. Es wurde eine Besserung erzielt.

Verheiratet seit 8 Jahren. Im Laufe derselben 3 Entbindungen, 3 Fehlgeburten und 2 Frühgeburten durchgemacht. Bei jeder Schwangerschaft ist eine deutliche Verschlimmerung des Zustandes eingetreten. Im Dezember 1908 — wurde zum Zwecke der Sterilisation eine Röntgenbestrahlung beider Ovarien vorgenommen. Trotzdem ist am 4. März 1909 zum 9. Mal Schwangerschaft eingetreten.

Seit dem Anfang derselben leidet sie an Uebelkeit mit Erbrechen, Kopfschmerzen, Müdigkeit, ausserdem besteht seit 3 Tagen — Haemoptoe.

Am 4. Juni, d. h. im 3. Schwangerschafts-Monate wurde sie in die Klinik gebracht.

S t a t u s p r a e s e n s :

Sieht blass, mager aus, schlaffe kleine Brüste.

Respiration: R. und L. H. O. bis Spina skapulae leichte Dämpfung, verschärftes Exspirium. R. U. H. — zwischen 9. bis 10. Rippe desgleichen mit vereinzelten feuchten Rasselgeräuschen und Giemen. R. und L. V. O. — in der Fossa Supraclavicularis — gedämpfter Schall. Rauhes Expirium.

Puls nicht beschleunigt.

Herz — normale Grenzen, links praesystolisches Geräusch. 2 Pulmonalton accentuiert.

Am 7. 4. Vaginale Totalextirpation des Uterus mit recht. Adnexen. (Das rechte Ovar doppelt so gross, wie das linke und enthält eine Cyste).

Infusion, wenig Erbrechen, Urin per Katheter.

8. 6. Schmerzen im Leibe; Urin spontan, abends per Katheter.

9. 6. Flatus, Urin spontan, Gaze gekürzt. Klagt über Kopfschmerzen.

10. 6. Gaze gekürzt. Kopfschmerzen.

12. 6. Noch am 6. Tage nach der Operation heftige Kopfschmerzen und Nackenschmerzen.

14. 6. Gaze gezogen, klagt über Urindrang und Schmerzen in der linken Unterleibseite.

19. 6. Da sich die Patientin gut erholt und wegen Phthyse allzulanges Liegen vermieden werden muss, so steht sie zeitweise auf.

22. 6. Abends T^0 38^0. Schmerzen am Leibe, auch Magendrücken.

23. 6. In der Nacht zum 23. 6. starke Blutung; da 1. Tamponade stark durchblutet, so wird im Operationssaale eine 2. Tamponade eingelegt. Kein spritzendes Gefäss, Tamponade. Blutung steht. Puls – klein. Patientin sehr schwach. Viel Erbrechen nach Magenüberladung mit Bier, Kuchen, Erdbeeren etc. etc. am 22. 6.

24. 6. Erbrechen hält an; geblähte Darmschlinge durch die Bauchwand zu sehen und palpieren, dabei ziemlich starker Meteorismus. Auf 2 Glyzerinspritzen etwas Stuhlgang und Flatus zu erzielen. Eisblase wird schlecht vertragen. Deshalb — Thermophor.

25. 6. Nacht sehr schlecht, schlaflos, viel Erbrechen. Gegen 2 Uhr nachts sehr schlechter Puls; gegen 5 Uhr morgens – links im Leibe starke Dämpfung (Haematom aus dem linken Stumpf?) Eisblase, Kochsalzinfusion. —

Gegen 10 Uhr früh — Punktion an 3 Stellen durch Bauchdecken.

Es entleert sich dünnflüssiger Kot. Es wird breit von der Scheide aus sondiert und etwa ½ Ltr. kotartige Flüssigkeit abgelassen. Drainage.

Gegen 12 Uhr mittags unter Herzkolaps — Exitus letalis.

Die Sektion wurde nicht vorgenommen, da von den Angehörigen verweigert. Nach der Ansicht von Prof. Strassmann handelte es sich um eine Darmtuberkulose, die den exitus herbeigeführt hätte.

2. Fall.

Jahr 1910. Journal 3680.

Frau L. G., 28 Jahre alt, Arbeitersfrau. 8. Gravida. Vater — gesund. Mutter an Folgen eines Abortes gestorben. Bruder des Vaters und Grossvaters an Lungentuberkulose gestorben. Keine Geschwister. Als Kind — Masern, Scharlach und 3 Mal Pneumonie. Im 18. Lebensjahre zum 2. Male Masern. Als Mädchen stets blutarm und über Stiche in der rechten Brustseite öfters geklagt. Vor 9 Jahren — hat sie geheiratet.

Gleich nach der Hochzeit, d. h. 1901 zum 1. Mal gravid. Während derselben öfters Stiche und Schmerzen in der seitlichen Brustgegend, auch an Nachtschweissen gelitten, ferner sich sehr schwach gefühlt. Das Kind nicht von der Mutter genährt, lebt, ist aber lungenleidend.

Ein ähnlicher Zustand während der im Februar 1903 eingetretenen 2. Schwangerschaft. Im 4. Schwangerschafts-Monate — spontaner Abort.

In der 3. Schwangerschaft erfolgte im 2. Schwangerschafts-Monate wiederum ein spontaner Abort.

Während der nachfolgenden 4., 5. und 6. Schwangerschaft — schlechtes Aussehen, fortwährende Stiche, Schmerzen in den Seitenpartieen des Thorax, Abmagerung, aber doch wurden am normalen Ende — lebende Kinder geboren, die jetzt noch leben und gesund sind.

Im Jahre 1909 zum 7. Mal gravid. Das Kind wurde lebend geboren, starb aber am 8. Tage an Magen-Darmkatarrh. Im Jahre 1910 ist sie zum 8. Mal gravid. Da sie zweifellos lungenleidend war und vor der letzten Schwangerschaft zur Erholung ca. ein halbes Jahr in einer Lungenheilstätte verbringen musste, und da besonders jetzt die Stiche und Schmerzen heftig und unerträglich geworden sind und sie selbst sich ausserordentlich schwach und niedergeschlagen fühlt, so ist sie zum Zwecke der Unterbrechung der Schwangerschaft im 2.—3. Schwangerschafts-Monate in die Klinik gekommen.

Auskultation: Ueber der L-Spitze hinter verschärftes Atmen und spärliche kleinblasige Rasselgeräusche. Ueber der rechten Spitze — verschärftes versiculäres Atmen. R. hinten — vereinzelte Rasselgeräusche.

Puls — aequal. Frequenz — 88. Uterus, weich, vergrössert, anteflektiert. — In der vorderen Wand — ein Knollen von Nussgrösse.

Bender — empfindlich. Stränge im Donglas.

Der Patientin wird die Totalexstirpation geraten, da sie 7 Schwangerschaften mit vier lebenden Kindern durchgemacht hat. Einverständnis beider Ehegatten erlangt.

Am 22. 4. wurde die Operation ausgeführt.

Narkose: Stovain — 0,05 zwischen 2.—3. Lumb-Wirbel.

23. 4. Patientin fühlt sich ziemlich matt. Schmerzen im Leib, kann keinen Urin lassen. Th. — Eisblase, Katheter.

24. 4. Urin spontan. Blähungsbeschwerden. Th.-Darmrohr.

25. 4. Blähungen gehen ab; auf Rizinus — Stuhl. Heftige Kopfschmerzen. Th. Pyramidon.

29. 4. Gaze entfernt. Patientin klagt dauernd über Kopfschmerzen. Th. Aspirin, Thermophor in den Nacken.

5. 5. Trotz Kopfschmerzen wird Pat. ausser Bett gebracht, kann aber nicht aufbleiben. Th.-Trional, Eisblase, Chinin, Bad.

6. 5. Auf Chinin — Erbrechen.

8. 5. Kopfschmerzen dauern an. Kein Erbrechen, kein Druckpuls.

11. 5. Kopfschmerz etwas geringer. Steht auf.

13. 5. Wieder Kopfschmerzen.

16. 5. Kopfschmerzen dauern an.

Th. Trigemin Fussbäder.

18. 5. Patientin sehnt sich nach Hause.

Entlassung. Kopfschmerzen noch vorhanden. Kein Husten. Ueber den Lungen keine neuen Herde. Scheidenblindsack gut verheilt. Geringer Fluor. Allgemeiner Kräftezustand leidlich. Gewicht 102 Pfd.

Am 15. August d. J. wurde die Patientin von mir untersucht. Sie gibt an, dass kein Husten, kein Auswurf besteht, wohl aber leidet sie an Nachtschweissen und bei Treppensteigen an Atemnot, starkem Herzklopfen und Stichen in der linken und rechten Rückenseite. Sie fühle sich sehr matt und schwach, klagt über furchtbare Schmerzen in den Füssen. Die Schmerzen strahlen von der Sohle bis zum Knie aus.

Auch bestehen Hinterhauptschmerzen. Kopfschmerzen sind zeitweise, besonders bei trübem Wetter — sehr heftig.

Auch klagt sie über Unterleibschmerzen rechts. Gewicht — 103 Pfd. Perkussion: R. V. normaler heller Schall. R. h. — eine leichte Abschwächung des Schalles.

L. V. Y. normaler Perkussionschall. Auskultation:

Vorne — abgeschwächtes versiculäres Atmen. Hinten — rechts — spärliche trockene Rasselgeräusche mit verschärftem Exspirium. Sonst o. B.

3. Fall.

Jahr 1900. Journal 3395.

Frau G. W., 25 Jahre alt, Friseursfrau. 5. Gravida. Als Kind — Diphteritis durchgemacht. Vater an Tbe. pulmonum Mutter an Entkräftung gestorben. Von 5 Geschwistern — leben nur 4. Die eine Schwester ist an Lungentuberkulose gestorben. Von den lebenden 4 Schwestern sind die 3 unverheirateten gesund, die vierte ist verheiratet — und leidet ebenfalls an Lungentuberkulose.

Bis zum 18. Lebensjahre war sie stets gesund. In diesem Jahre hat sich die Patientin erkältet und sich eine Lungenentzündung zugezogen. Seit dieser Zeit leidet sie fortwährend an der Lunge.

Nach der Heilung der Pneumonie hat die Frau angefangen zu husten und blutigen Auswurf zu expectorieren.

Ausserdem bemerkte sie zeitweise Stiche im Rücken und Atemnot beim Gehen.

Mit 20 Jahren hat sich die Patientin verheiratet. Gleich nach der Hochzeit kam sie in andere Umstände. Schon während der ersten Hälfte der Schwangerschaft stellte sich eine Verschlechterung ihres Allgemeinzustandes ein; besonders hat der fortwährende Husten die Frau wesentlich heruntergebracht. Die Frau gibt an, dass sie während dieser Zeit beträchtlich abgemagert sei, besonders schlimm war aber der Zustand in der zweiten Hälfte der Gravidität als sie, wie sie selbst angibt, das Leben des Kindes gefühlt hat.

Der Husten mit dem schleimig-eitrigen Auswurf wurde stärker, sie konnte absolut nicht gehen und war gezwungen die ganze Zeit im Bette und zwar infolge der Atemnot in sitzender Stellung zu liegen.

Das Kind hat sie normal entbunden, aber nicht gestillt. Das Kind lebt, ist aber lungenleidend und hustet fortwährend.

Nach der Entbindung war die Frau genötigt, im Laufe von 3—4 Jahren in ärztliche Behandlung zu treten, weil der Zustand immer schlimmer wurde. Der Husten, die Schwäche, das hohe Fieber haben die Kräfte sehr stark heruntergebracht.

Im Jahre 1907 ist die Frau zum 2. Mal gravid geworden.

Während dieser Zeit hat sie, da sie vorher sich längere Zeit in Behandlung befand, keine besondere Verschlimmerung bemerkt und hat am normalen Ende das 2. Kind geboren, das ebenfalls nicht von der Mutter gestillt wurde, es starb im 4. Lebensmonate an Krämpfen.

Am 4. Tage nach der Entbindung hat die Frau das Bett verlassen müssen, da sie infolge der Arbeitsunfähigkeit ihres Mannes, der herzleidend ist, selbst arbeiten musste. Sie hat sich dabei eine Gebärmutterknickung zugezogen. Seit dieser Zeit leidet sie am Unterleib.

Nach dieser Entbindung setzten Husten, Auswurf und Nachtschweisse mit besonderer Stärke ein und die Patientin wurde wieder schwächer und magerer.

Im Jahre 1908 zum 3. Mal gravid und im 2. Schwangerschaftsmonate — nach vorausgegangener heftiger Blutung — spontaner Abort.

Im Jahre 1909 (Juli) zum 4. Mal schwanger. Verschlimmerung des Zustandes. Im 4. Schwangerschaftsmonate erfolgte eine heftige Blutung und im Anschluss — spontaner Abort.

Im Oktbr. 1909 zum 5. Mal gravid; wegen heftiger Stiche, Schmerzen im Rücken und Brust, wegen Husten mit Auswurf wurde sie im Januar 1910 in die Klinik gebracht zum Zwecke der Schwangerschaftsunterbrechung.

Bei der Aufnahme hat die Frau 51½ Kg. gewogen.

Status praesens:

Grazile, gering genährte Frau mit Habitus phthisicus.

Respiration:

Beide Spitzen gedämpft; leises in- und exspiratorisches Rasseln, feinblasig. An der Spitze rechts ist das Atmen besonders verschärft.

Puls, Herz o. B.

Zunge belegt —, Magen — nicht druckempfindlich. Stuhl — regelmässig. Blinddarm — nicht empfindlich.

Der Frau wurde am linken Vorderarm eine Tuberkulinprobe gemacht und die Reaktion ist positiv ausgefallen.

Genitalbefund: Aeussere Genitalien normal.

Innere Scheide — weit.

Portio — 2 cm orifficium — geschlossen.

Uterus — retroflektiert, weich, faustgross. Anhänge noch deutlich zu fühlen.

Der Patientin wird eine totale Exstirpation des Uterus vorgeschlagen, damit durch Amenorrhoe Fettansatz erzielt

werde, umsomehr als die bestehende Retroflexio eine erneuerte Operation erforderlich machen würde. Am 13. 5. vor der Operation: Ophtalmoreaktion. Negativ ausgefallen.

14. 1. Operation. Zur Narkose: 1½ und ¾ Stunden vor der Operation zu 0,01 Morphium und 0,0003 Scopolamin. Im Lumbalmark — Stofain zwischen 3—4 Lendenwirbel. Dauer der Operation 23 Minuten.

Abends T^0 37,5^0. Viel Leib-, Kreuzschmerzen. Kein Erbrechen, etwas Kopfschmerzen. Urinretention. Katheter. Th. abends 0,02 Morphium subenten.

15. 1. Temperatur morgens 37,8 — abends 37,5.

Hat sehr schlecht geschlafen, viel Schmerzen, muss noch katheterisiert werden. Leib — weich, guter Puls.

Abends — Abgang von Platus.

Th. abends 0,02 Morphium subcut.

16. 1. Wegen erhöhter Temperatur und lebhafter Leibschmerzen, Kürzung der Gaze.

18. 1. Nachmittags: starkes, quälendes Erbrechen und Leibschmerzen. Gaze gezogen, Temperatur normal. Ther. Priesnitzumschlag.

20. 1. Temperatur leicht gesteigert — 37,5^0. Wohlbefinden, Urin jetzt spontan. Th.-Ausspülungen.

25. 1. Seit 5 Tagen fieberfrei und völliges Wohlbefinden.

29. 1. Temperatur und Puls Puls normal. Wohlbefinden.

30. 1. Leichte Kopfschmerzen, sonst Wohlbefinden.

2. 2. Entlassungsbefund: Scheidenwunde — geheilt. Rechter Stumpf etwas druckempfindlich. Subjektiv — Wohlbefinden.

Am 20. August habe ich die Gelegenheit gehabt — die Frau zu untersuchen. Sie klagt jetzt über fortdauernde Kopfschmerzen, insbesondere in der Schläfengegend und hauptsächlich bei kühlem Wetter.

Ausserdem besteht am rechten Oberschenkel, vorwiegend in der rechten Leistengegend ein Gefühl von Kribbeln, Erschlaffung und Steifigkeit.

Der Husten ist mitunter ganz verschwunden, der Auswurf ist auch weniger geworden. Auch die Seiten- und Rückenstiche und Schmerzen sind verschwunden. Keine Nachtschweisse. Die Frau fühlt sich bedeutend kräftiger und ist arbeitsfähig (arbeitet an einer Nähmaschine schon in der 4. Woche nach der Operation). Auch Appetit ist jetzt besser, als früher.

Perkussion: R. V. normaler heller Schall. V. L. etwas schwächer.

R. und L. U. — Ueber beiden Spitzen ein gedämpfter Schall, der unten heller wird.

Auskultation ergibt ein verlängertes Expirium. Gewicht — 52 Kg.

Gleich nach der Operation hat die Frau im Laufe von 4 Wochen — 6 Pfd. zugenommen.

Wegen der Arbeit — jetzt abgenommen.

Diese drei letzten Fälle sind natürlich nicht genügend, um ein abschliessendes Urteil über den therapeutischen Wert der Sterilisation abzugeben.

Der Exitus der ersten Frau hat mit der Operation an und für sich nichts zu tun, da er 3 Wochen post operationem erfolgte und die Frau sich inzwischen eine Zeitlang wohlgefühlt hatte. Es handelte sich, wie schon bemerkt, höchstwahrscheinlich um Darmtuberkulose.

Die beiden anderen Fälle bieten ein übereinstimmendes Bild: Lungenbefund besser, mässige Gewichtszunahme, jedoch andauernd heftige Kopfschmerzen besonders bei kühlem Wetter und Schmerzen in den Beinen. Jedenfalls sind diese Zustände als Ausfallserscheinungen zu deuten.

Sie sind jedoch immerhin erträglich und müssen in solchen Fällen, in denen das Leben auf dem Spiele steht, in Kauf genommen werden.

Fassen wir nun auf Grund der Auslassungen einer grossen Zahl Autoren, sowie auf Grund der bei unseren Fällen erzielten Resultate das Fazit, so ergeben sich folgende Grundsätze:

I. Als bester Zeitpunkt für den künstlichen Abortus ist der 2. und 3. Monat der Gravidität zu betrachten.

II. Nach der 1. Hälfte der Gravidität ist die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft prinzipiell zu unterlassen; in dieser Zeit suche man durch sorgsame Pflege etc. ein ungestörtes Ende der Schwangerschaft herbeizuführen.

III. Hat in letzterem Falle die Schwangerschaft

ihr Ende erreicht, so verbiete man das Stillen, überweise die Frau einer Heilstätte und verordne antikonzeptionelle Mittel.

IV. Man verfahre individuell, berücksichtige zunächst die soziale Lage, ausserdem aber auch, ob es sich um eine primipara oder multipara handelt. Im letzteren Falle wird man sich ausnahmsweise eher zum operativen Eingriff entschliessen.

V. In jedem einzelnen Falle ist der Wunsch der Mutter zu berücksichtigen, und die Zustimmung beider Ehegatten zum operativen Eingriff zu bekommen.

VI. Das Leben der Mutter ist stets dem des Kindes voranzusetzen; vor allem gilt dies, wenn es sich um Frauen handelt, die als Mutter einer noch zu ernährenden und zu erziehenden Kinderschar in Betracht kommen.

VII. Die Totalexstirpation des Uterus sollte überhaupt nur bei mehrgebärenden und auch dann nur unter ausdrücklicher Darlegung der vermehrten Gefahren und der Vorteile und Nachteile ausgeführt werden.

Die Exstirpation der Ovarien ist im allgemeinen nicht mit auszuführen.

VIII. Bei der Extirpation des Uterus ohne Ovarien wird der Fettansatz in genügendem Masse durch die Amenorrhoe herbeigeführt. Hierzu kommt noch als wesentlicher Faktor, dass die Ausfallserscheinungen, besonders die psychischen Störungen auf ein Minimum reduziert werden.

IX. Die Sterilisierung ist als Gelegenheitsoperation z. B. bei Prolapsus, Retroflexio uteri gravidi usw. Tuberkulose nach Zustimmung der Ehegatten auszuführen. Als Operation an sich nur, wenn der künstliche Abort mehrfach ausgeführt werden müsste und die anticonceptionellen Mittel versagen. Auch dann bei solchen Frauen, die bereits wiederholt geboren und lebende Kinder haben, und die Befürch-

tung besteht, dass erneuerte Gravidität eine sehr ungünstige Beeinflussung des Zustandes herbeiführen wird. Man berücksichtige auch das Alter der Frau.

X. Der künstliche Abort ist als sehr wirksames therapeutisches Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose der schwangeren Frauen anzusehen.

Indem ich hiermit meine Ausführungen beende, gebe ich der Hoffnung Ausdruck, dass diese Arbeit als ein kleiner Baustein in der ungeheuren Literatur über die Tuberkulose ihren Zweck erfüllen möge, — gegen jenen furchtbaren Feind des Menschengeschlechts neue Kämpfe aufzurufen, die auf dem bezeichneten Wege fortschreiten und neue Erfolge erringen mögen.

Neben diesem ist es mir ein Bedürfnis, an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. P. Strassmann für die Anregung zu der Arbeit, seine liebenswürdige Unterstützung, die Ueberlassung des Materials und gütigste Durchschauung meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Ebenso halte ich es für meine Pflicht, den Herren Assistenten Dr. J. Braude und Dr. P. Meyer für mancherlei Anweisungen meinen wärmsten Dank auszudrücken.

Literatur.

1. Beiträge zur Geburtsh. und Gyn. 2. S. 251.
2. Lebert: Traité practique des maladies, scrophuleuses et tuberculeuses.
3. Goulard: De l'influence de la grossesse sur la tuberculose. Th. d'agreg. 1880.
4. Charles Dubreuilh: „Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phthisie pulmonaire".
   Bulletin de l'Académie Nat. de médicine. Band 17. S. 14 bis 25. 1851 92 J.
5. Hamburger: „Ueber die Berechtigung und Notwendigkeit bei tuberkulösen Arbeiterfrauen die Schwangerschaft zu unterbrechen.
   Vortr. in Berl. Med. Gesellsch. 4. Juni 1902.
6. Bernheim: „Pregnancy and tuberkulosis" — Ann. of gynecol. June pag. 632.
7. Bumm, E.: „Grundriss zum Studium der Geburtshilfe" S. 313, 5. Aufl. 1908.
8. van Isendyck: „Du mariage des tuberculeux" — Bulletin de l'Académie de Medicine de Belgique. 1898.
9. Löhnberg: „Die Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren" — München med. Woch. N. 8. 1904.
10. Rosthorn: „Tuberkulose und Schwangerschaft" — Monatschrift für Geburtsh. und Gynäkol. 23 Heft 5. 1906.
11. Kleinwächter: „Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft" 1902.
12. Proust, G.: „Influence qu'excessent la grossesse l'accouschement et l'état puerpéral sur la tuberkulose pulmonaire" — Thèse de Paris.
13. Diskussion zum Vortrage Tunke „Die Indikation des artefiziellen Abortes bei Phthisis pulmonum". — Unterelsässischer Aerzteverein. Sitzung 19. Dez. 1903.
14. Lichtenstein: „Tuberkulose und Schwangerschaft" Deutsche Aerzteverein Heft 1.
15. v. Hansemann: „Die anatomischen Grundlagen der Dispositionen" — Deutsche Klin. Ziefr. Bd. 1.
16. Hahn, W.: „Tuberkulose und Schwangerschaft" Berl. Klin. Woch. Nr. 52. 1903.

17. Eich, G.: „Zur Frage des künstlichen Abortes bei Phthisis pulmonum“ — Inaugur.-Dissertation. Marburg.
18. Washburn, J.: „Pulmonary tuberkulosis in its relation to obstetrics“. Amer. Med. June, Ref. The Brit. gyn. Journ. Vol. LXXXVI.
19. Pinard: „De l'interruption therapeutique de la grossesse“ Revue Francaise de Med. et Chir. N 9. 1903.
20. Monnier, Ch.: „Considérations sur les rapports de la tuberculose et de la perpéralité“. Erreur de l'anathéme de Peter. Thèse de Paris.
21. Tavre-Thomas, E.: „Tuberculose et puerpéralité. Essai critique des indications“. L'avortement provaqué dans la tuberculose pulmonaire. — Thèse des Paris 1905.
22. Magnette, (Lyon 1908): Contribution à l'étude clinique de l'evolution de la tuberculose pulmonaire après l'accouschement et l'avortement spontanée on provoqué.
23. Deibel: „Kann Phthise, als Indikation zur Einleitung der Früh- resp. Fehlgeburt gelten?“ — Inaugur. Diss. 1899. Heidelberg.
24. Maragliano: „Soll man bei tuberkulösen Frauen die Schwangerschaft unterbrechen?“ Intern. Klin. Rundschau N. 43. 1893.
25. Peri, A.: „Ueber die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Lungentuberkulose“ Policlinico 1903.
26. Bericht über den Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Berlin 24.—27. März 1899. Redigiert v. Dr. Pannwitz, Generalsekretär des Kongresses.
27. Diskussion über den Vortrag des Herrn Kossmann: „Indikation und Recht zur Tötung des Foetus“. Berl. med. Gesell. 29. 1. 1902.
28. Jacob-Pannwitz: „Die Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberkulose“. Bd. 1. 1901.
29. Gerhardt: „Zeitschrift für Tuberkulose“ 1. Jahrg. 1900.
30. Rosthorn und Fraenkel: „Tuberkulose und Schwangerschaft“. Deutsch. med. Woch. N. 17. 1906.
31. Kaminer: „Ueber den Einfluss der Schwangerschaft und Entbindung auf den phthisischen Prozess und den therapeutischen Wert der Einleitung von künstlichem Abort. Deutsch. med. Woch. Nr. 35. 1901.
32. Veit: „Tuberkulose und Schwangerschaft“ Naturforscherversammlung in Stuttgart. 18. September 1906.
33. Diskussion dort: Neu, Pfannenstiel.

34. Himmelfarb: „Ueber die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Lungentuberkulose". Südrussische med. Zeitung. Nr. 7—8. 1895.

35. Bumm: „Lungentuberkulose und Gravidität" Verein für innere Medizin zu Berlin. 24. 2. 1908.

36. Diskussion zum Vortrage Kaminers am 3. Juni 1901 im Vereine für innere Medizin.

37. 4. Internationaler Gynäkologenkongress in Rom. 15. —20. September 1902.
Schauta: „Ueber die Indikation der künstlichen Frühgeburt".

38. Diskussion ibidem: Koheghi.

39. Zanoni: „Einleitung des Abortus bei Lungentuberkulose". Gazz. degli osped. e della clin. 2. März 1902.

40. Ruge, P.: „Ueber die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wegen starken Erbrechens und Schwindsucht". Berl. klin. Woch. Nr. 33. 1905.

41. Jaffé: „Ueber die Indikation zum künstlichen Abort". Geburtshilf. Gesellsch. zu Hamburg. Ref. Zentralbl. für Gyn. Vol. XVIII. pag. 1173.

42. Burkhardt, O.: „Ueber Lungentuberkulose und Schwangerschaft nach Beobachtungen im Hochgebirge". — Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. 1905.

43. Kalabin: „Ueber den Einfluss von Schwangerschaft und Geburt auf Tuberkulose und über Behandlung der Lungentuberkulose mit Tuberkulin Denis bei Schwangerschaft". Schournal· akouscherstwa: i schenskich bolesnéi. November 1908.

44. Diskussion zum Vortrage Veits „Tuberkulose und Schwangerschaft" in der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel. 21.—26. Sept. 1903.

45. Merletti, C.: „Tuberculosi e gravidanza". Relazione alba 10^0 Adunanza (1904) della doc. ital. dic Ostetr. e Gin. Atti della doc. ital. dixe Ostetr. e Ginec. Roma, Officina poligraficia ital. Vol. 10 pag. 3—74.

46. Weinberg, W.: „Die Beziehungen zwischen der Tuberkulose und Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett". Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Bd. 5. Heft 3. 1906.

47. Hamburger: „Ueber die Berechtigung und Notwendigkeit bei tuberkulösen Arbeiterfrauen die Schwangerschaft zu unterbrechen". Vortrag in der Berl. med. Ges. 4. Juni 1902.

48. Diskussion zum Vortrage Dippel's: „Ein neuer Vorschlag zur Ermöglichung einer genauen Prognose bei Tbc und Schwangerschaft". Gyn. Rundschau Bd. 2, p. 696.
49. Diskussion zum Vortrage Hamburgers: „Ueber die Berechtigung und Notwendigkeit bei tuberkulösen Arbeiterfrauen die Schwangerschaft zu unterbrechen". Vortrag in der Berl. Med. Ges. 4. Juni 1902.
50. Chrobak: „Ueber künstliche Sterilisierung" Zentralblatt für Gynäkologie. Nr. 21. 1905.
51. 82. Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte in Königsberg am 18.—24. Sept. 1910.
Hofbauer: Tuberkulose und Schwangerschaft.
Diskussion: Müller, Wolf-Eisner, Wolf, Martin, Jaschke, Asch, Kraus, Fischer, Mayer, Neu, Doederlein, Dützmann.
52. Günther: „Ueber operative Sterilisation durch Tubenresektion". Inaugural-Dissertation 1901.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, David Mordkowitsch, mosaischer Konfession, ist am 27. April (15. 4.) 1887 in Odessa (Süd-Russland) geboren, woselbst er im Jahre 1904 das Rischelieu-Gymnasium mit silberner Medaille absolvierte und das Reifezeugnis erlangte. Auf Grund des letzteren wurde er im Oktober 1905 an der Neurussischen Universität zu Odessa immatrikuliert.

Da damals keine Vorlesungen stattgefunden haben, so immatrikulierte er sich am 27. April 1906 an der K. K. Universität zu Wien, wo er ununterbrochen 8 Semester Medizin studiert hat.

Am 18. April 1910 wurde er an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin immatrikuliert, wo er 2 Semester studierte.

Während dieser Zeit hatte er Gelegenheit, in folgenden Instituten zu arbeiten:

in Wien: als Hospitant auf der 2. Mediz. Abteilung des K. K. Allgemeinen Krankenhauses (Vorstand: Primararzt Dr. Frisch) vom 17. März bis 10. Juli 1909.

In Berlin: als Famulus in der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten bei Sanitätsrat Dr. Max Joseph, vom 5. März bis 20. April 1910, als Famulus in der Frauenpoliklinik des Prof. Dr. Strassmann vom 1. August bis 1. Oktober 1910, als Famulus in der 2. Mediz. Poliklinik (Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Kraus) vom 1. November bis 15. Dezember 1910.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

auf der Universität Wien: Brandweiner, Ebner, Eiselsberg, Eppinger, Escherich (†), Exner, Hammerschlag, Hatscheck, Hochsinger, Hochenegg, Falta, Finger, Grossmann,

Kraus, Lang, Lorenz, Ludwig, Meyer, Moser (†), Norden, Raimann, Reiner, Reitter, Rosthorn (†), Schauta, Schuhmacher, Toldt, Töply, Unger, Weichselbaum, Wiesner, Wettstein, Zuckerkandl (†).

Auf der Universität Berlin: Brugsch, Flügge, His, v. Michel, Strassmann.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen verbindlichsten Dank aus.